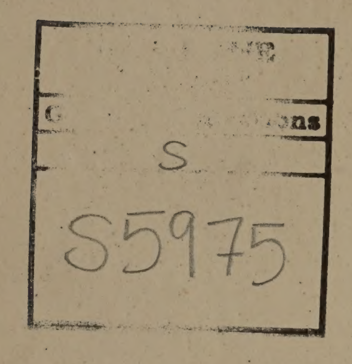
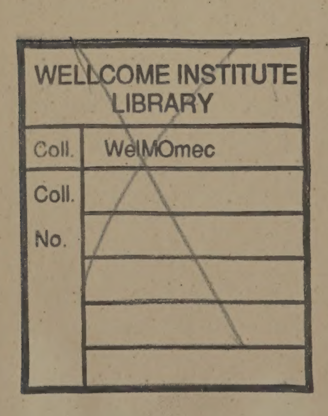

80.


22500377393



S
S5975



WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll.
WelMOmec
Coll.
No.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

ASILE SAINTE-ANNE — M. B. BALL.

Leçon d'ouverture du cours des maladies mentales.

—

DE LA COCAÏNO-MORPHINOMANIE

Messieurs,

Les folies toxiques, qui occupent un champ si vaste en médecine mentale, ont souvent fait l'objet de nos entretiens.

Je vous ai souvent parlé de la morphinomanie, qui a été, comme vous le savez, l'un des sujets les plus importants de nos études.

Je voudrais maintenant vous parler d'un poison beaucoup plus dangereux que la morphine, et qui cependant est moins connu dans ses effets : c'est de la cocaïne et de l'état mental connu sous le nom de cocaïnomanie, que je veux m'occuper aujourd'hui avec vous.

Certes, les effets toxiques de la cocaïne ingérée à dose massive sont parfaitement connus. On sait que la cocaïne est surtout un poison du cœur. Mais ce qui nous empêche de bien connaître la cocaïnomanie c'est qu'en pratique, elle ne se présente presque jamais seule. Tous les tributaires

de la cocaïne ont par avance payé leur tribut à la morphine ; ils sont morphino-cocaïnomanes : et c'est précisément ce qui est arrivé au malade qui, par un hasard heureux, est entré, il y a un mois aujourd'hui, dans les salles de la Clinique, ce qui nous permet d'aborder aujourd'hui un sujet peu connu et parfaitement nouveau pour mon auditoire (1).

Fidèle à une habitude depuis longtemps contractée, je veux, avant d'aborder l'étude de la maladie, vous parler du malade qui doit servir de base à cette étude : son observation est en effet tout particulièrement intéressante.

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, dans le cours de l'année 1884, a été pris d'une sciatique rebelle. Plusieurs traitements ayant échoué, on eut recours aux piqûres de morphine. Au bout de quelques mois, toute douleur ayant disparu, l'usage de ce toxique fut abandonné et pendant trois ans, au dire de notre sujet, l'abstinence fut complète. En 1887, à la suite de quelques chagrins et de quelques ennuis, on eut recours de nouveau à l'usage de la morphine.

Après quelques tentatives intermittentes pour rompre l'habitude, on y retombe de nouveau. Depuis mai 1888, il n'y a plus eu un seul jour d'interruption. Longtemps la dose se maintint à 0,10 ou 0,15 centigram. Mais au mois de septembre, elle s'élève progressivement à 0,40 centigr., puis à 0,50 centigr., pour atteindre ultérieurement un maximum régulier de 0,60 centigr. par jour, qui n'a pas été dépassé, sauf dans quelques moments de surexcitation.

Notre malade est donc un morphinomane, et comme tel, il éprouvait les jouissances physiques et morales que la morphine procure à ses habitués.

La facilité intellectuelle était toujours stimulée par l'emploi du poison, la santé générale s'était bien conservée, l'appétit et les forces n'avaient point diminué ; enfin, l'on se trouvait en présence d'une morphinomanie bien constituée, mais cependant assez bien supportée.

Mais en octobre 1889, un nouveau facteur fait son apparition sur la scène. Une névralgie dentaire provoqua pour

(1) Nous savons bien que dans son ouvrage et ailleurs, Erlenmeyer a donné une description de la cocaïnomanie pure ; mais les faits de ce genre sont fort peu nombreux jusqu'à présent.

la première fois une tentative d'anesthésie par la cocaïne. L'injection, faite à la dose de 0,025 mil. de chaque côté du maxillaire supérieur, amena quelques minutes plus tard une disparition absolue de la douleur. Ce résultat heureux était à peine constaté, que des phénomènes inattendus obligèrent subitement le malade à regagner son lit. Une sensation d'immense bien-être l'envahissait tout entier, bien-être infiniment plus intense que celui provoqué par les premières piqûres de morphine. A côté de cette excitation cérébrale, car l'hyperhémie corticale légère paraît toujours correspondre à une sensation de bien-être, exemple : la morphine, la cocaïne, le thé, le café, le champagne, il y avait, dis-je, à côté de cette excitation, d'autres troubles physiques ; le malade n'aurait certainement pas pu rester sur ses jambes ; la tête devenait froide, le front se couvrait de sueur, les battements du cœur devenaient très violents, ils ébranlaient la paroi thoracique.

Tout cela dura environ dix minutes, puis survint un calme relatif. Ce qu'il eut à ce moment précis, dit le malade, c'est l'excitation cérébrale provoquée par l'injection. « Il était trois heures du matin ; depuis plusieurs nuits la douleur me tenait éveillé, dit-il, je n'avais obtenu un peu de sommeil qu'avec du chloral ; tout contribuait donc à ce que mon désir le plus vif fût de me reposer ; il n'en était plus ainsi depuis quelques minutes, au contraire. Si l'heure n'avait pas été si avancée, je serais sorti pour annoncer à mes amis la bonne nouvelle. Il me fallut rester au lit où, pour tromper mon impatience, je me mis à lire journaux et livres avec une dévorante activité. »

Cette excitation, cette tendance au mouvement, à l'expansion au dehors, cet irrésistible besoin de communiquer aux autres ses propres sentiments, ce désir de faire partager à tous sa propre opinion, appartient spécialement à la cocaïne. C'est l'une des manifestations caractéristiques de ce poison.

Par contre, un phénomène inverse se manifestait en même temps. La Vénus péruvienne était représentée, dit-on, tenant une feuille de coca à la main, mais chez les malades qui s'injectent le toxique, les effets sont diamétralement opposés à ce que l'on pourrait imaginer. Don Juan n'aurait

jamais accompli ses prouesses s'il avait été cocaïnomane, car, chez les sujets adonnés à l'injection à haute dose de ce poison, les fonctions génitales ont cessé d'exister, c'est un besoin qui ne se fait plus sentir.

Cependant notre malade, après cette première expérience, a continué l'usage de la cocaïne, la dose moyenne a pris des proportions toujours de plus en plus considérables ; il est arrivé à prendre en moyenne un gramme de cocaïne et près d'un gramme de morphine par jour.

Les effets immédiats de l'injection sont toujours restés les mêmes ; des sueurs instantanées et très abondantes, sur toute la surface du corps et surtout au cuir chevelu. Un goût métallique très désagréable sur la muqueuse buccale l'oblige à croquer sans cesse du sucre. Il s'est développé un tremblement des mains analogue à celui des alcooliques.

Les battements du cœur, très violents dès le début, n'ont pas cessé de l'être depuis. Au reste, le tracé sphygmographique accuse une dépression vasculaire analogue à celle que produit la période de besoin de la morphine.

Le besoin de cocaïne se fait sentir de la même manière et avec la même intensité.

A mesure que l'habitude s'enracinait, la santé du malade baissait rapidement, le teint devenait jaune et terreux. L'appétit et les forces musculaires avaient diminué ; en même temps les bienheureux effets de l'injection s'étaient promptement dissipés.

Un mois après le début, on avait beau majorer la dose, la sensation de bien-être ne se produisait plus ; elle était remplacée par un besoin incessant de mouvement qui empêchait le malade de rester en place.

Et cependant l'activité intellectuelle n'était nullement diminuée.

Au mois de mars dernier, obligé de se livrer à un travail difficile, qui exigeait de grandes recherches d'érudition, il parvint, grâce à la cocaïne, à le terminer si rapidement, et à le faire si bien qu'il obtint des félicitations de ses supérieurs.

Ainsi, mémoire tenace, intelligence active, énergie cérébrale, toutes ces conditions de vie intellectuelle persistaient

chez le sujet. Mais déjà des troubles sensoriels commençaient à faire pressentir l'orage qui allait éclater.

La vue s'affaiblissait de jour en jour ; lorsqu'il voulait commencer une lecture, tout allait bien au début, mais après un court intervalle de tension intellectuelle, les caractères se brouillaient, et tout travail devenait impossible.

La peau devenait le siège de démangeaisons vives, et les sueurs s'accentuaient davantage.

Enfin, quelques bruits singuliers préludaient déjà aux hallucinations de l'ouïe, qui devaient, plus tard, prendre un rôle prépondérant.

En même temps le caractère s'altérait, de vagues idées de persécutions commençaient à envahir la scène.

C'est vers la fin du mois de juillet, que l'équilibre mental s'est trouvé définitivement rompu.

Pour abréger l'histoire de ces conceptions délirantes, je vous dirai qu'il s'est imaginé que ses ennemis, parmi lesquels le commissaire de police du quartier avait été choisi comme persécuteur, l'accusaient de vol. Un système d'espionnage était organisé pour le surprendre. Des propos injurieux couraient à cet égard ; on l'accusait de se retirer dans les corridors pour voler dans les poches des paletots. On l'accusait de masturbation, on disait qu'il faisait la noce, mais qu'on ne voyait jamais de femmes chez lui.

Les hallucinations avaient toujours un caractère injurieux, elles portaient toujours sur l'accusation de vol. Mais une voix bienveillante, celle d'une femme, s'élevait toujours pour plaider les circonstances atténuantes.

Détail curieux : les hallucinations venaient toujours d'en haut et paraissaient tomber sur le malade.

Bientôt le délire devint systématisé. Comme idées, accusation perpétuelle de vol. Comme persécuteur, le commissaire de police du quartier.

Fait important à noter : le malade n'avait point d'autophilie, il ne nourrissait point d'idées de grandeur, il était au contraire dans un état marqué de dépression et se sentait profondément humilié.

Le 17 octobre, il s'est produit pendant la nuit une crise hallucinatoire ; il s'est imaginé que ses ennemis s'étaient introduits dans sa chambre par la fenêtre restée ouverte, il

les entendait sans les voir, ils riaient et ricanaient. On l'accusait d'avoir volé du sucre, dans les divers cafés du quartier ; on disait surtout, fait plus grave : il n'a plus de cocaïne ; vérification faite, sa bouteille était vide !

Sur ces entrefaites, il entend pour la première fois la voix de sa mère ; elle entame un dialogue avec le commissaire de police, qui, comme de juste, était présent. Est-il vrai, disait-elle, qu'il ait volé ? — Oui, sans doute, cela est certain. — Alors, il faut l'arrêter. — Mais il sera déshonoré. — Qu'on lui présente un revolver pour lui laisser l'option entre la mort et le déshonneur.

La fille du patron de l'hôtel, qui réellement avait quelquefois l'air de le plaindre, se jette aux pieds de sa mère et demande son pardon ; celle-ci reste inflexible et s'en va.

Les rires, les insultes, ne cessent pas un seul instant.

Il perd patience, et sort, au risque d'être arrêté. En route les injures continuent, il se rend à l'Hôtel-Dieu et demande un interne en pharmacie qu'il connaissait ; il demande à cet ami de lui préparer une solution de cocaïne ; pendant son absence on vient demander M. Villejean. Persuadé qu'on avait été prévenir le pharmacien en chef pour le faire arrêter, sitôt sa solution dans les mains, il se hâte de sortir et se rend à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine. Là, il demande un livre que les garçons lui refusent, puis un second qui lui est également refusé. Convaincu qu'eux aussi sont dans le secret, il retourne chez lui, et s'adresse au patron de l'hôtel en lui demandant de voir sa mère. Celui-ci répond qu'elle n'est jamais venue ; il persiste, la réponse est toujours négative. Un peu de lumière se fit alors dans son esprit. Il prit dès lors une résolution inébranlable. Il se dirigea vers la clinique des Maladies mentales, dans le but de se placer entre les mains des médecins spécialistes.

Je vous ai retracé l'histoire véridique d'un morphino-cocaïnomane. Mais je vous ferai remarquer qu'il appartient au type hallucinatoire auditif.

Il existe un autre type qui paraît être plus commun, c'est le type hallucinatoire visuel. Ici les illusions et les hallucinations se développent surtout dans le domaine de la vue. Le malade aperçoit des flammes, des objets brillants, des

fantômes; il aperçoit surtout des animaux. Il a de la zoopsie comme les alcooliques.

Un médecin cocaïnomane cité par Heimann, de Berlin, voyait des animaux qui couvraient toute sa personne. Il s'amusait à regarder ses hallucinations au microscope. Je ne sais pas, par exemple, ce qu'il y voyait.

M. Séglas, au Congrès de Rouen, a signalé l'observation d'un malade qui prenait 2 grammes de cocaïne et autant de morphine par jour. Il ne prenait pas d'alcool et cependant son délire avait surtout pour caractère des hallucinations alcooliques. Il voyait des animaux partout; j'ai été témoin, moi-même, d'un fait semblable.

Il paraît donc que les hallucinations multiples portant surtout sur la vue, sur l'ouïe et sur la peau sont le caractère principal de la cocaïnomanie, suivant les conclusions d'un mémoire présenté par MM. Magnan et Saury à la Société de Biologie et plus tard à la Société médico-psychologique.

Les auteurs sont unanimes pour reconnaître que les effets stimulants de la cocaïne sont infiniment de plus courte durée que ceux de la morphine.

Il en résulte une tendance beaucoup plus grande à renouveler les piqûres et par conséquent augmenter la dose quotidienne, qui arrive rapidement à des proportions énormes.

Un troisième caractère, ce sont les impulsions irrésistibles qu'on constate souvent chez les cocaïnomanes.

Le délire qui résulte de cette imprégnation prend presque toujours le caractère de la persécution, ou tout au moins de la jalousie. Mais il s'y mêle une sorte de confusion psychique — Verwirtheit (*Erlenmeyer*) — qui confond leurs impressions avec celles de la vie réelle, et avec celles que leur ont laissé leurs souvenirs. Ils confondent tout, et, par conséquent, leur délire manque de clarté.

Au reste, tous les écrits, tous les discours des cocaïnomanes sont ainsi marqués au coin de la diffusion et du bavardage. Leurs écrits ne finissent jamais : leurs lettres ne se terminent pas ; leurs récits sont pour ainsi dire inépuisables et sans suite. C'est la conséquence naturelle de l'excitation de leur esprit et de la faiblesse intellectuelle qui finit toujours par dominer la scène. L'augmentation sans cesse croissante de la dose du poison arrive rapidement à produire

l'état de cachexie qui est signalé par tous les auteurs.

Le cocaïnomane présente, quand il arrive à la fin de sa course, une pâleur extrême, presque cadavérique ; les yeux sont enfoncés dans les orbites, les chairs sont flasques, l'amaigrissement est rapide et se produit malgré la nourriture souvent très abondante que les malades se forcent quelquefois à prendre.

La peau présente des nodosités multiples sur les points où les piqûres ont été faites.

Enfin la cocaïne, comme la morphine, produit une paralysie vaso-motrice, avec dilatation des vaisseaux, avec augmentation de la fréquence des pulsations et dicrotisme, et diminution de la pression artérielle. Le tracé sphygmographique d'un cocaïnomane ressemble absolument dans la période de besoin à celui d'un morphinomane ; même défaillance en état de privation, même relèvement en état de satisfaction.

On voit, par conséquent, que les victimes de la cocaïne succombent bien plus vite aux effets organiques de leur poison d'habitude. Ils tombent bien plus vite dans la cachexie finale.

Par compensation, l'abstinence est moins pénible que dans la morphinomanie, d'après Erlenmeyer.

On constate surtout de la dyspnée et une sensation de faiblesse et de défaillance ; cette dernière survient même lorsque le malade continue à prendre de la morphine (Erlenmeyer) et ne ressemble en rien au collapsus par l'abstinence de ce dernier poison.

Ce qui est surtout remarquable, c'est l'aboulie complète, la dépression et l'affaiblissement complet du malade ; il se lamente et pleure comme un enfant, et l'espoir de la guérison ne le soutient pas.

Il est cependant des exceptions à la règle. J'ai vu des cocaïnomanes qui supportaient la privation de leur stimulant habituel avec un courage digne de tout éloge, et qui les menait rapidement à la guérison.

Le pronostic de la cocaïnomanie, comme on le voit, est beaucoup plus dangereux que celui de la morphinomanie, mais il paraît établi que l'abstinence est plus facile et surtout que la guérison ne se fait pas aussi longtemps attendre.

Je parle seulement de la cocaïnomanie, et non pas de la morphinomanie qui l'accompagne presque toujours. La guérison de cette dernière amène un élément nouveau, dont l'appréciation trouble singulièrement le calcul, et peut retarder indéfiniment la durée du traitement.

Quant à la médication, elle consiste essentiellement dans l'emploi des toniques du cœur, et de la réduction méthodique des deux poisons simultanés, qui tiennent le malade dans leur dépendance. Une alimentation généreuse et des toniques d'ensemble sont les compléments habituels et nécessaires de ces moyens de traitement.



HOPITAL DE LA CHARITÉ

—

Statistique des maladies traitées par les méthodes dérivées de l'hypnotisme dans le service de M. Luys pendant le cours de l'année 1890 (1)

Je publie actuellement le résumé statistique des malades traités dans mon service à la Charité dans le courant de l'année 1890 par les méthodes thérapeutiques dérivées de l'hypnotisme : — la fascination, — les transferts et — les couronnes aimantées combinées à l'électricité.

Ces malades, sur lesquels quelques notes ont été prises, sont au nombre de 128, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture du bulletin mensuel publié dans la *Revue d'hypnologie* (2).

Sur ces 128 malades traités, nous avons eu à noter :

Comme guéris......	67....	soit	52.34	pour 100
Comme améliorés...	51....	soit	39.84	pour 100
Comme stationnaires	10....	soit	7.82	pour 100

On a fait dans mon service :

En juillet.............	757	transferts
En août................	813	transferts
En septembre..........	500	transferts
soit......	2.070	

Pour une population de 80 malades dont :

25 ont été guéris complètement,
39 améliorés,
16 sont restés stationnaires.

En octobre, on a fait 732 transferts pour une population de 36 malades dont :

(1) Extrait des comptes-rendus de la *Société Médicale des Hôpitaux*. Décembre 1890.

(2) Un groupe aussi considérable de malades a été, en outre, traité soit par moi, soit par mes aides et n'ayant pas été jugés suffisamment intéressants, n'ont pas été notés comme dignes de figurer dans le tableau.

10 ont été guéris complètement,
16 améliorés,
10 sont restés stationnaires.

Les hystériques et hystéro-épileptiques y figurent pour une forte proportion ; soit 49. Un grand nombre ont été guéries des accidents pour lesquels elles étaient venues : attaques fréquentes, contractures, névralgies diverses, accès de toux hystérique qui ne sont la plupart du temps que des paralysies du diaphragme, ainsi que je propose de l'exposer plus tard avec preuves à l'appui.

Quelques hystériques aptes à devenir des sujets transferts ont trouvé dans ce procédé nouveau le moyen de dériver leurs forces nerveuses et de guérir leurs crises. Nous avons trois sujets de cette espèce qui servent journellement à nos expériences et qui, loin d'être fatigués par cet emploi, y trouvent au contraire un moyen sédatif qui amoindrit et fait disparaître leurs crises.

Les paralysies agitantes viennent ensuite. Sur 9 cas que nous avons traités, nous en avons guéri trois d'une façon stable (la guérison se maintient depuis un an).

Les autres ont ressenti une amélioration notable caractérisée par une augmentation générale des forces au bout de quelque temps (l'augmentation accusée au dynamomètre était d'environ 10 kilogs pour un mois) ; — par une diminution des mouvements saccadés du tronc ; — par une facilité dans l'exécution des mouvements volontaires (les malades mangent seuls) ; — par un redressement de la taille ; par la disparition de la contracture des muscles de la nuque et de la face. Mais le tremblement des mains persistait encore d'une façon plus ou moins accentuée. C'est ce symptôme qui est le plus tenace ; néanmoins dans quelques cas, il tend à disparaître peu à peu.

Les épileptiques ont encore bénéficié avec avantage de la méthode des transferts.

Parmi ceux qui ont été traités, nous avons constaté l'éloignement des crises et leur atténuation. Nous avons eu à traiter des jeunes sujets et des adultes. Les cas accompagnés de vertige sont ceux qui ont été le plus rapidement amendés.

Les névralgies soit sciatiques, soit céphaliques, soit brachiales, ont été traitées avec succès par le transfert. En quelques séances elles ont été nettement éteintes.

Nous avons eu à traiter plusieurs cas de crampes des écrivains et, en faisant les transferts, nous avons constaté chez le sujet transfert un phénomène bien remarquable : c'est que le sujet n'avait pas seulement pris la crampe du côté correspondant dans le bras, mais qu'il était en même temps frappé d'une impotence motrice dans le membre inférieur correspondant, ce qui semblerait indiquer que ce trouble spécial de la motricité brachiale (la crampe) n'est pas borné aux muscles des bras et de l'avant-bras, mais qu'il y a un trouble plus complexe qui s'adresse au centre nerveux lui-même, puisqu'il se révèle par une réaction similaire du bras et de la jambe chez le *sujet transfert* qui agit comme réactif d'un état latent de souffrance. — C'est un point de clinique à éclaircir.

Les tremblements divers, les contractures d'origine variée, les paralysies hémiplégiques ou paraplégiques, les états vertigineux avec titubation et agoraphobie, les tabétiques ont été soit guéris complètement, soit très notablement améliorés.

Il en est de même de certains troubles psychiques, des anémies, des torpeurs cérébrales suites de surmenage cérébral suivi chez les jeunes sujets, d'attaques de sommeil qui ont été très heureusement modifiées. — Nous avons littéralement guéri trois cas d'hébétude cérébrale nerveuse avec anémie à la suite des transferts.

Dans le domaine purement psychique, nous avons fait quelques tentatives soit avec le transfert, soit avec la couronne aimantée qui nous ont donné quelqu'espoir de pouvoir pareillement intervenir d'une façon efficace.

Du moment, en effet, que l'on peut transporter des états neurologiques tels que des contractures, des anesthésies diverses,— que l'on modifie à distance les propriétés de certaines cellules nerveuses, la logique de l'organisme nous permet de penser que les phénomènes du transfert pourront s'appliquer aux cellules corticales qui vivent suivant les mêmes lois organiques que leurs congénères et obéissent

aux mêmes agents, — qu'alors on pourra trouver une méthode physiologique pour les atteindre à leur tour, et les diriger dans la bonne voie.

Jusqu'ici nous avons fait l'application de ce principe au traitement de certains états occasionnés par des troubles d'ordre émotif; — des anxiétés, des terreurs, de la disposition mélancolique, et la réussite de nos investigations a été assez satisfaisante pour nous encourager à poursuivre nos recherches dans cette direction.

Je citerai encore les heureuses applications de ma méthode à la pathologie obstétricale, ainsi qu'on peut le voir ; dans les quatre cas cités, on put faire accoucher les femmes sans douleur et sans danger, à l'aide de la fascination en ayant par avance et à l'aide du miroir, entraîné la patiente à dormir au commandement, et à suspendre ainsi à la volonté du médecin son contact avec le monde extérieur.

Dans l'interprétation de phénomènes si étranges, l'amélioration et la guérison même de certains états morbides à lésions à foyer, l'esprit reste saisi des résultats constatés. Comment une hémiplégie avec foyer cérébral — une affection de la moelle, un tabès, une sclérose, une paralysie agitante peuvent-ils se trouver améliorés par l'intervention de cet agent passager, un courant magnétique à travers l'organisme ?

Il y a là bien des inconnues qui s'imposent dans cet ordre de phénomènes et sans nous arrêter à la question du gonflement hypertrophique et du dégonflement des cellules nerveuses soit du cerveau, soit de l'axe spinal, (ainsi que je l'ai constaté et représenté pour les cellules nerveuses de la protubérance dans un cas de paralysie agitante) (1), ne pourrait-on pas supposer que dans un trouble paralytique quelconque, la lésion destructive n'est pas à elle seule tout le mal, et qu'il y a d'autres troubles de voisinage, des endolorissements concomitants du tissu nerveux qui lui font cortège, et que c'est seulement sur ces troubles surajoutés que l'on peut avoir action et raviver des fonctions torpides, en inhibition passagère ?

(1) Voir le journal l'*Encéphale*, Planche photographique, 1881, p. 649.

On comprend combien cette donnée qui ouvre la porte à certaines espérances pourra avoir un retentissement puissant sur la thérapeutique générale des maladies du système nerveux en signalant de nouvelles voies aux esprits chercheurs.

Notre méthode nous a encore révélé des faits tout nouveaux et réellement dignes d'un très grand intérêt pratique, c'est : — l'action toute spéciale que les transferts peuvent avoir sur le traitement des maladies du cœur, même lorsque ces maladies du cœur sont de nature organique.

On agit encore là par l'intermédiaire du système nerveux, et, en opérant le transfert, chez le sujet transféré, on diminue d'une façon efficace les anxiétés, les palpitations des cardiopathiques. Chez une jeune femme atteinte de palpitations violentes (140 pulsations par minute avec hypertrophie) nous avons fait le transfert avec un sujet hypnotisé. Celui-ci a été pris de palpitations, de troubles cardiaques passagers, et, quelques heures après, les 140 pulsations de la malade sont tombées à 113 et le lendemain et surlendemain, à la suite de deux transferts, à 93 et 80 pulsations, et cela, en trois jours, sans avoir pris aucun médicament. La malade a été suivie et trois mois après l'amélioration s'était maintenue. Son cœur était toujours hypertrophié, mais l'élément nerveux anxieux avait disparu.

Nous avons enregistré plusieurs cas de ce genre qui seront plus tard publiés et qui dénotent déjà l'influence heureuse que cette nouvelle méthode possède dans les névroses viscérales. — Je dirai par anticipation que les crises gastriques, certaines formes de dyspepsie, ont été très heureusement modifiées par ce traitement.

Il est évident que ces essais thérapeutiques appliqués au traitement des maladies de la pathologie interne ne s'arrêteront pas là, et qu'à mesure que les procédés techniques seront plus perfectionnés et leur emploi plus judicieusement fait on arrivera à pouvoir les appliquer dans le domaine de la pathologie interne, dans certains cas réservés, soit,— mais au moins dans ces cas, ils pourront se révéler par une action puissante. — Il s'agit surtout des sujets hypnotisables sur

lesquels on a déjà opéré et dont on connaît les aptitudes réactionnelles spéciales.

Ainsi, chez une jeune femme hypnotisable atteinte l'an dernier d'une péritonite très grave avec constipation, facies grippé, cyanose, vomissements incessants, j'ai pu, dans cet état grave, la mettre en somnambulisme et à ce moment lui donner la suggestion de ne plus vomir, d'aller à la selle, de reprendre ses forces. La suggestion, faite à midi, a été exécutée en quelques minutes; les vomissements ont cessé à l'heure indiquée, de même la constipation.

Au moment de l'Influenza, un autre de mes sujets mâles fut atteint de bronchite avec œdème pulmonaire et gonflement de la face. Je le mis dans l'état hypnotique et lui donnai la suggestion de respirer plus aisément, de reprendre sa respiration normale. Le lendemain je le trouvai très amélioré et en convalescence.

Les moyens d'action varient suivant les indications individuelles et suivant la nature des symptômes observés.

Ce sont:

1° La fascination prolongée jusqu'au sommeil à l'aide des miroirs rotatifs.

2° Les transferts par aimant à l'aide soit d'un sujet transfert, soit de la couronne aimantée et la suggestion à la suite.

3° Les courants électriques à forte tension pendant le sommeil hypnotique.

Ces moyens peuvent être employés combinés.

Je n'emploie aucun médicament interne. Seulement j'ai recours, comme moyen adjuvant, chez les trembleurs et les épileptiques, aux bains prolongés et, chez les affaiblis, aux toniques, au fer, au phosphate de soude, au kina.

En résumé, on voit que les méthodes employées dans mon service et qui s'appliquent au traitement des maladies du système nerveux aiguës et chroniques donnent une moyenne de guérison très satisfaisante, 52/100.

Les cas d'amélioration sont aussi notables 39/100; car

sur la quantité il est incontestable qu'avec un traitement prolongé un certain nombre de cas améliorés pourront devenir des cas guéris, les cas stationnaires ou jugés tels pourront peut-être aussi fournir des cas définitivement améliorés.

Ce sont là des faits patents, vérifiés par mon entourage et par nombre de médecins qui viennent journellement dans mon service assister à mes expériences. — J'ajouterai encore que ces curieux résultats sont obtenus avec une dépense quasi nulle, avec un barreau aimanté dont les forces magnétiques se renouvellent toutes seules aux dépens du fluide ambiant ; et que leur emploi est complètement *inoffensif*. Depuis deux ans, sur près de trois cents malades qui m'ont passé par les mains, je n'ai eu jusqu'ici aucun accident à signaler.

Ces phénomènes vont paraître bien étranges aux personnes peu habituées à leur pratique. — Je comprends tous les scepticismes et toutes les inquiétudes que jette dans l'esprit l'arrivée des impressions nouvelles qui modifient l'assiette des idées de chacun, mais c'est ainsi que les choses se passent à l'arrivée des vérités nouvelles. — Et, à ce sujet, je ne saurais trop le dire : notre science officielle est-elle faite actuellement d'une façon définitive ? — notre horizon scientifique est-il borné à ce que nos yeux peuvent voir ? — N'y a-t-il pas de tous les côtés, cet au-delà, cet inconnu qui demain peut-être sera éclairé d'un jour nouveau et vers lequel se dirige l'esprit humain sous le nom de progrès ? — Et alors sur ces limites on se demande si ces phénomènes étranges, ces résultats imprévus ne seraient pas les avant-coureurs de méthodes nouvelles en thérapeutique destinées à être légitimement acceptées dans un avenir plus ou moins rapproché (1).

(1) Au point de vue administratif, les nouvelles méthodes de traitement dont nous exposons les résultats pratiques méritent encore de fixer l'attention d'une façon toute spéciale.

Non seulement elles ne sont pas dispendieuses mais encore elles permettent d'agir sur un grand nombre de malades sans nécessiter leur séjour à l'hôpital. La plupart des sujets traités viennent le matin se faire faire un transfert ou une séance de miroirs ou d'électricité, et s'en retournent ensuite à leurs occupations. Le nombre des malades faisant séjour à l'hôpital est approximativement de un cinquième du total général des malades traités.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR

Gabrielle BOMPARD

Par le docteur Guimbail,
ancien Interne des asiles d'aliénés,
Médecin adjoint de la maison de santé d'Ivry,
Chroniqueur scientifique au journal « *l'Evénement* ».

L'émotion soulevée par l'affaire Gouffé dans le grand public, et jusque dans les milieux scientifiques, fut considérable. A peine est-elle suffisamment calmée pour nous permettre d'en parler avec l'impartialité qui convient à une étude sérieuse.

Je n'ai aucunement la prétention de révéler aux lecteurs des *Annales* que dans la soirée du 26 juillet 1889, l'huissier à célébrité posthume, veuf et grand amateur de jupons, fut attiré par une fille nommée Gabrielle Bompard, dans un rez-de-chaussée de la rue Tronçon-Ducoudray où tout avait été artistement combiné pour sa suppression.

La mise en scène du guet-apens, les préparatifs minutieusement combinés du crime, et par-dessus tout, la confection de l'espèce de potence dont l'agent d'affaires Eyraud, caché dans un coin de l'appartement, tenait la corde pendant que l'huissier s'oubliait aux pieds de Gabrielle — ont suffi à constituer de ce procès, banal au fond, mais pittoresque, une des causes retentissantes de notre fin de siècle.

Les deux auteurs y ont acquis une renommée qui, pour être malsaine, n'en a pas moins gagné les limites les plus reculées des deux mondes. L'un, le mâle, n'est pourtant qu'un vulgaire assassin dont le passé, défendu par lui, au cours des débats, avec un acharnement comique, n'est qu'une suite ininterrompue de hontes et de turpitudes. Il n'est digne ni d'intérêt ni de commisération, et ne mérite ni l'attention de l'esprit ni l'aumône du cœur.

Sa jeune complice, la trop fameuse héroïne de cour d'assises, mélange singulier d'insouciance puérile et de précocité criminelle, appartient de droit aux pages d'un journal dont la Psychiâtrie et l'Hypnologie sont la formule et le but. Nos lecteurs nous en voudraient de ne pas essayer avec eux l'étude critique d'une détraquée devenue criminelle sous l'influence de ce que j'appellerai la misère psychologique, par comparaison avec cette autre misère appelée physiologique, source mysté-

rieuse de tant de déviations physiques, en apparence les plus disparates et les plus opposées.

Mon but est de résumer, en y ajoutant quelques considérations personnelles, la grande discussion médico-légale qui s'est élevée autour de cette gamine pervertie.

* * *

Certes la science, en s'occupant d'elle, lui a fait beaucoup d'honneur, car rien n'est plus aisément explicable que le fait d'une petite gueuse attirant un homme, qu'elle savait riche, entre les mains d'un assassin.

Les mauvais instincts de Gabrielle Bompard sont suffisants à justifier sa participation active dans le crime auquel elle s'est associée. Il faut la suivre dans les diverses étapes de sa vie pour comprendre comment, suivant des lois malheureusement fatales, elle a roulé du vice au crime.

Déjà réglée à l'âge de huit ans, elle s'est arrêtée net dans son développement, quelques années après. Elle est restée enfant et, physiquement, elle ressemble si bien aujourd'hui à un gamin de treize ans, qu'elle put accompagner Eyraud en Amérique habillée de costumes masculins. Sa gorge est absente, ses hanches sont masculines : cependant sa constitution ne révèle aucune tare native apparente.

Fille d'un industriel du Nord, elle se fait chasser de partout pour sa corruption précoce et son père dut la placer dès sa 15e année, dans une maison de correction.

Fille vicieuse, pervertie de bonne heure, menteuse à l'excès, d'une imagination dévergondée, elle passe sa vie à bâtir des romans. Son intelligence se montre brillante, sa mémoire sans lacunes : elle apprend sans effort, écrit avec facilité. Tant de qualités forment un étrange contraste avec la dépravation morale dont elle fait preuve dans tous les actes de la vie.

Placée successivement dans divers pensionnats, elle y entretient des amitiés particulières, se montre libertine dans ses propos et obscène dans ses actes. Elle corrompt l'esprit de ses camarades et se fait renvoyer de partout.

La croyant convertie au sortir de la maison de correction, son père la reprend chez lui, essaye de l'intéresser à son industrie, et lui confie la direction de sa maison. Mais ses affaires l'obligent à s'éloigner quelques jours par mois ; ces jours-là, maîtresse de ses actes, Gabrielle invite à dîner des jeunes gens avec lesquels elle entretient des intrigues, et à la suite de

ces agapes où l'on fraternise trop, les dernières privautés sont permises avec la jeune maîtresse du logis.

A la suite de scènes violentes, Gabrielle montre une indocilité complète aux ordres de son père et un désir d'affranchissement absolu de toute servitude sociale. Celui-ci indigné déjà par le débordement de luxure de sa fille, la jette à la porte et lui défend, désormais, toutes relations avec lui.

Alors commence pour Gabrielle une vie de prostitution et de misère. Elle vient à Paris, sous le prétexte de chercher du travail, en réalité pour se livrer sans contrainte à ses appétits de sensualité. Elle y rencontre Eyraud et nos lecteurs savent à quelle suite de désordres et de crimes les conduisit leur scélérate association.

*
* *

Le jour où, fatiguée de mener une existence aventureuse, lasse de la vie de misère, cette fille, se rendant peu compte de la responsabilité énorme qu'elle encourait, espérant se sauver en accablant son complice, vint raconter au Préfet de police l'histoire du guet-apens par lequel l'huissier Gouffé avait trouvé la mort, elle apparut au public comme poussée par une force mystérieuse, irrésistible, dont les esprits curieux se mirent à rechercher la source.

Les uns la crurent en proie à un violent besoin d'aveu, à un pressant désir de confesser son crime ; — ils la virent sollicitée par la voix mystérieuse et inexorable du *remords*.

Mais cette hypothèse s'évanouissait d'elle-même, en face de l'insouciance manifestée par Gabrielle, de son indifférence complète et du peu de conscience qu'elle paraissait témoigner de la valeur morale de ses actes. On sut que la jeune criminelle avait traversé le drame sanglant, le rire et la chanson aux lèvres, qu'elle avait passé, sans émotion, toute une nuit auprès du cadavre de sa victime et devant une telle attitude l'opinion publique ne fut pas éloignée de la déclarer tout de suite irresponsable.

Non pas qu'on la soupçonnât de folie, mais une influence étrangère, de nature irrésistible, semblait avoir pesé sur ses destinées, en la poussant aveuglément au meurtre, sans que sa volonté ait trouvé la force de résister à la criminelle suggestion. Le mot était lâché : cette force étrangère venant se substituer à sa libre détermination ne pouvait être attribuée qu'à des manœuvres hypnotiques.

On apprit que Gabrielle avait été plusieurs fois endormie, qu'elle était ultra-sensible au sommeil provoqué. De là à admettre qu'elle avait été suggestionnée par Eyraud et que c'était à l'empire de ce dernier sur son *sujet* que la pensée du meurtre et son exécution devaient être rapportées, il n'y avait qu'un pas : il fut vite franchi par l'opinion publique.

Emu de l'importance que prenait ce bruit, le juge d'instruction livra la jeune criminelle à l'examen de trois médecins assermentés qui eurent pour mission de constater si elle était vraiment consciente de sa détermination et responsable de ses actes.

Pendant qu'Eyraud, reconnu et saisi, est ramené en France, MM. Brouardel, Motet et Ballet sont désignés comme experts, et les voilà occupés, pendant des semaines, à la vivisection savante et philosophique de l'intelligence, de la sensibilité, du *moi* enfin, de cette turbulente petite personne qui semble indifférente, rit à tout propos, se montre coquette à l'excès, fait la gracieuse avec tout le monde et scandalise les bourgeois par son attitude provocante pendant ses déplacements obligés.

Le rapport livré par les éminents médecins experts restera un modèle du genre. Admirable de précision et de netteté scientifique, ses conclusions sont formelles. Gabrielle ne présente aucune trace de maladie mentale. A aucun moment, d'après les savants spécialistes, Gabrielle n'a été inconsciente.

*
* *

Ces déclarations si nettes ne devaient pas recevoir l'approbation de l'Ecole de Nancy qui va jusqu'à soutenir que la suggestion peut être pratiquée à l'état de veille et qu'elle est aussi fatale que la chute d'une pierre qui tombe.

Le docteur Bernheim — le représentant le plus autorisé de cette petite église dont le schisme ne tend à rien moins qu'à menacer les droits imprescriptibles de la justice — obtint d'être assigné, comme témoin à décharge par la défense ; à son défaut, M. Liégeois, professeur de droit à Nancy, fut appelé à déposer en faveur de l'irresponsabilité de Gabrielle.

Il est dans la vie de certains hommes de talent des aberrations qu'il est pénible de souligner, mais, en vérité, conçoit-on ce jurisconsulte savant, sans doute, mais peu disposé par

ses études antérieures, à pénétrer les mystères de la physiologie, conçoit-on, dis-je, que ce trop fervent adepte des théories nancéennes ait pu tenter d'excuser le crime de Gabrielle en invoquant l'hypnotisme, alors que celle-ci est la première à proclamer qu'elle n'a jamais été de la part d'Eyraud l'objet de tentatives de cet ordre.

M. Liégeois est assurément un fanatique de bonne foi, mais je gage qu'il a fait plus de mal que de bien à des théories caressées par lui avec tant de complaisance. Il ressort de son interminable conférence qu'il n'existe pas un seul fait authentique de suggestion criminelle ayant abouti. Les seules victimes dans le cas de suggestion ont toujours été les sujets endormis.

Telle est l'opinion de tant de savants médecins compétents en matière de psychologie, des Luys, des Charcot, etc., qui d'ailleurs se montrent autrement moins affirmatifs que les grands prêtres du schisme de Nancy. Suivez-les dans leur laboratoire, vous constaterez sans peine leur réserve, leur timidité, allais-je dire, vis-à-vis de ces phénomènes encore obscurs, dont les causes fondamentales nous échappent. Ils n'osent se prononcer catégoriquement quand il s'agit de cette minutieuse dissection de l'esprit humain dont l'étude est tellement environnée de mystère et sillonnée d'inconnus, que, suivant une heureuse locution anglaise, on fait, en l'abordant, un saut dans les ténèbres : *a leap in the dark*.

Ils vous diront qu'on peut faire accomplir, dans l'état de somnambulisme, tel ou tel acte à un sujet, mais à la double condition que cet acte soit simple et banal, comme par exemple embrasser quelqu'un, lui tirer les oreilles, prendre une pomme de terre pour un fruit délicieux ou un verre d'eau pour une coupe de champagne — et qu'il ne soit en contradiction ni avec les habitudes antérieures, ni avec le tempérament du sujet.

M. Luys a cependant rencontré des natures offrant à la puissance de la suggestion une passivité complète et absolue, agissant sous l'impulsion du suggestionneur avec la fatalité de la pierre qui tombe. Elles sont rares et il faudrait se garder de généraliser cette idée.

On peut affirmer que les sujets acceptent facilement la suggestion quand elle ne froisse ni leur conscience ni leur intérêt.

Gabrielle a été endormie, il y a quelques années, par le docteur Sacreste qui fit sur elle des *expériences de société* ; il lui enfonça sans douleur, une aiguille dans le poignet : il lui fit

manger une pomme de terre crue pour un fruit exquis, il la grisa avec un verre d'eau. Ces expériences réussirent à merveille, mais il échoua complètement quand il voulut faire servir l'hypnotisme à amender sa nature pervertie, et à lui inspirer des sentiments de conduite régulière. « Les tentatives que je fis dans ce sens, déclare le docteur Sacreste à l'audience, demeurèrent sans résultat. »

D'ailleurs, même imposée et acceptée, la suggestion ne constitue jamais qu'une *impulsion*, une tentation, si l'on veut, à faire la chose suggérée. Cela ne change en rien les conditions de notre vie morale. Est-ce que tous, tant que nous sommes, nous n'avons pas à lutter constamment, contre une foule d'influences. Et cessons-nous d'être libres parce que notre liberté doit précisément s'exercer contre elles ?

*
* *

Il est un autre point que les débats ont trop laissé dans l'ombre, à mon avis, et qu'il était d'une extrême importance de souligner. Je me hâte d'ajouter que le verdict de la cour semble avoir été rendu sous la préoccupation de l'idée que je vais exposer.

Gabrielle Bompard est une anormale physique et une anormale morale : sa taille est petite, son bassin n'est pas développé : ses seins sont rudimentaires ; — elle ressemble à un jeune garçon dit le rapport des experts.

Elle a, parmi ses ascendants, des névropathes, des bizarres dans la ligne paternelle, — un aliéné dans la ligne maternelle.

Trois frères à elle sont morts en naissant ou quelques mois après leur naissance. Elle-même eut des convulsions dans son jeune âge.

Elle est réglée à huit ans, quelle anomalie ! et, toute enfant, elle se montre menteuse à l'excès, vicieuse, dépravée.

Toute jeune elle a des spasmes, des étouffements nerveux : c'est le début de la névrose ; plus tard elle aura de grandes crises avec hallucinations, véritable estampille de l'hystérie. Aujourd'hui, elle présente des zones d'hypéresthésie (clou, point ovarique...), de l'anesthésie sensorielle du coté droit. Ses allures sont provocantes, ses toilettes excentriques. Elle est déséquilibrée, mobile, vaniteuse à l'excès, égoïste, cabotine, tout entière livrée à ses instincts, et dépourvue de sens moral.

Que faut-il de plus pour affirmer, chez elle, la dégénérescence héréditaire ?

Quand elle rencontre Eyraud elle se lie avec lui d'un attachement qui ressemble — ce sont ses propres expressions — à celui d'un chien pour son maître. Elle devient entre les mains de cet homme abject, grossier, brutal, qui la maltraite et la frappe, une pâte malléable.

La volonté est lésée chez cette fille détraquée. Elle fait partie de ce bataillon si nombreux, dont l'effectif pense avec la pensée des autres, et veut selon la volonté d'autrui. Elle ne trouve pas, en elle-même, la force de résister aux sollicitations extérieures et elle se voit entraîner avec une demi-conscience, peut-être, à une série d'actes criminels, impuissante qu'elle est à remonter le courant qui l'entraîne.

Incapable de tout travail suivi, régulier, elle reste oisive et rentre dans le groupe des *anti-sociaux* de Maudsley. Alors que la maison paternelle lui assurerait une vie régulière et honorable, elle se livre aux débordements de ses appétits, vit de prostitution, entre en lutte ouverte avec la société.

Gabrielle est, comme tous les dégénérés, une *aboulique*, tout entière dominée par ses besoins sensitifs, être incomplet dont la caractéristique est l'arrêt de développement du sens moral, sans arrêt parallèle du développement intellectuel. Chez elle les notions morales restent abstraites ; elles n'ont pas d'influence sur ses déterminations. Les appétits, les instincts prédominent et c'est à la recherche de satisfactions égoïstes que les impulsions perverses entraînent son activité intellectuelle demeurée à peu près intacte.

Mais, comme dit Vauvenargues, s'il ne faut pas traiter un scélérat autrement qu'un malade, il y a des maladies contre lesquelles il convient de se garder. Les jurés ont compris que de telles lacunes dans le *Moi* de Gabrielle devaient entraîner une atténuation de la peine et le verdict de la cour, ainsi que je le signalais plus haut, est un verdict mitigé par la cécité morale de la jeune criminelle.

LA LÉGISLATION

ET

LA LOI DEVANT L'HYPNOTISME

Par Ch. Mathiot,
avocat à la Cour d'appel,
secrétaire de la conférence des Avocats.

Après l'investiture officielle donnée à l'hypnotisme au Palais de justice de Paris, dans ce théâtral spectacle de l'affaire Eyraud, il me semble qu'à très juste titre le monde juridique et le monde législatif doivent s'allier au monde médical dans ces recherches sur cette science nouvelle.

Des résultats incontestés sont admis par toutes les écoles. L'hypnotisme est. — La condition seconde existe à l'état latent chez tous les êtres : on peut la développer aisément chez un assez grand nombre, transformant ainsi en automates inconscients ceux à qui appartient en naissant le droit de penser librement, le droit à une activité instinctive et personnelle à la fois, à une activité volontaire, le droit à une libre possession de soi-même, à la liberté dans la délibération, dans la résolution, le droit enfin à ce libre arbitre dont le corollaire est la responsabilité des actes.

Et si nous laissons de côté la psychiâtrie pour ne nous occuper que de physiologie et de thérapeutique, des faits sont journellement recueillis dans nos hôpitaux. — Les transferts magnétiques révolutionnent notre science. Des sujets mis en léthargie reçoivent des maladies résidant chez des tiers. Dans une même séance un hypnotisé devient ataxique, paralytique, etc.. Névroses, affections stomacales ou cardiaques viennent par transfert se greffer sur l'être inconscient qui les subit, et en rend compte au médecin lorsqu'il est mis en état de somnambulisme lucide. Et, — de ces états artificiels rien ne reste, quand l'individu est ramené à l'état premier, condition normale de son être !

Juristes, jurisconsultes, magistrats, quelles conclusions tirer de ces faits que la science de nos plus grands docteurs cherche à classifier, à présenter sous forme doctrinale et rationnelle ?

C'est que par vous des recherches sont à faire au point de vue légal pour arriver à résoudre ces problèmes :

Qu'il est de votre devoir, chacun dans votre sphère, en législation comme en bonne justice, d'entraver les expériences des inexpérimentés qui par la propagation stupéfiante d'une science dont ils ignorent les effets, jettent dans les masses des principes de folie et de déraison, ébranlent le système nerveux, éveillent chez les individus des maladies désastreuses ;

Qu'il est de votre droit, de restreindre au plus tôt entre les mains des habiles, ces pratiques hypnotiques, appelées peut-être à rendre les plus grands services à la science médicale ;

Qu'il est de l'intérêt supérieur de la société de punir de peines sévères ceux qui attentent à la liberté individuelle d'autrui en affaiblissant ou annihilant le libre arbitre ;

Qu'il serait peut-être même utile de déchaîner les rigueurs du code contre ceux qui volontairement abdiquent cette liberté de fait, qui consiste, comme l'a dit Leibniz « dans la puissance de vouloir, comme on le doit, et dans la puissance de « faire ce qu'on veut ».



BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHERAPIQUE DE LA CHARITÉ (1)

Décembre 1890.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes du service.

N° 17. C. Marie, 33 ans. *Méningo-encéphalite.*

Cette malade persiste dans un état stationnaire.

N° 18. Clotilde L. 17 ans. *Attaques d'hystérie.*

Les attaques d'hystérie convulsive ont très notablement diminué. La malade sert de sujet transfert — les crises ont disparu. — Dès la première séance elle a très nettement révélé des aptitudes toutes spéciales.

N° 23. Yvonne C. 22 ans. *Morphinomanie. Hystérie.*

On continue le traitement par la suggestion, et on lui suggestionne de diminuer les doses de morphine. Les doses qui étaient de un gramme au début du traitement ne sont plus que de deux centigr.; la santé générale est améliorée, la pâleur des tissus est moindre, les joues sont légèrement colorées, la voix qui était presque éteinte est redevenue plus sonore.

Malades nouvellement entrées.

N° 15. Elisa Ch. 16 ans. *Attaques de sommeil. Aphasie guérie par suggestion.*

Antécédents héréditaires douteux. Pas de maladie grave dans sa

(1) Ce bulletin fait suite au bulletin n° 12 de la *Revue d'Hypnologie.*

première enfance, réglée à 12 ans ; dans les deux dernières années les règles se sont supprimées sans causes connues. Il y a deux mois attaque de léthargie ayant duré deux jours ; à son réveil le bras droit fut constaté paralysé. Elle entra dans cet état dans le service. Le bras droit en effet pendait flasque le long du corps, la peau était insensible et froide. On fit un transfert, le lendemain la paralysie du bras avait disparu. Quelques jours après, nouvelles attaques de sommeil ayant duré un jour et demi. A son réveil elle ne pouvait plus parler. Elle comprenait bien tout ce qu'on lui indiquait, elle faisait signe qu'elle ne pouvait plus articuler ses paroles.

On la fit séance tenante passer à l'état hypnotique et une fois en somnambulisme lucide on lui donna la suggestion de parler. Cette suggestion eut un effet heureux ; elle fit quelques efforts infructueux tout d'abord et après quatre tentatives du même genre elle reprit l'usage de la parole.

Elle a quitté le service quelques jours après, complètement uérie.

N° 22. Eugénie W., 26 ans, femme de chambre. *Anesthésie générale. Paralysie de la sensibilité musculaire.*

Aucun accident nerveux dans son enfance. Bien réglée, d'une nature très travailleuse.

Au mois de novembre dernier elle éprouva des malaises nerveux, des maux de tête, des douleurs épigastriques, sans causes connues. Sur le conseil d'une amie, elle acheta une médaille électrique qu'elle plaça sur la région lombaire. La céphalalgie disparut à la suite ; mais une lassitude générale s'en suivit, et la malade accusa naturellement la médaille électrique d'avoir déterminé son état actuel ; insomnie persistante depuis un mois avec apparition d'images lumineuses.

Le 29 décembre dernier, jour de son entrée dans le service, on constata une anesthésie complète des téguments, sur toute la peau, sur les lèvres et les bords libres des paupières. La sensibilité gustative était éteinte. En même temps, il y avait une faiblesse musculaire considérable. Elle marquait à droite, au dynanomètre, seulement 11 kilog. et à gauche 10 kilog., et en même temps, elle avait complètement perdu la notion de l'activité de ses muscles. Je ne me sens pas me mouvoir, disait-elle. Si ce n'était pas la vue qui persiste, je ne pourrais me diriger, je ne me sens pas parler, et si ce n'était pas mon oreille qui me guide, je ne saurais pas que je parle. Il y avait en même temps des tremblements dans les extrémités. On la soumit immédiatement à l'action des miroirs : le lendemain 30 décembre, elle dit avoir eu un commencement de sommeil. Le 1er janvier une amélioration notable dans le retour de la sensibilité cutanée se fait sentir, les forces reviennent, elle marque 16 kilog. à droite et 15 kilog. à gauche. L'amélioration con-

tinue les jours suivant avec le traitement, et le 4 janvier la malade se considère comme guérie. Elle a la notion du retour de la sensibilité à la surface des téguments, elle marque alors au dynanomètre à droite 26 kilog. et à gauche 27.

En six jours, elle a donc, comme puissance musculaire, gagné à droite 15 kilog. et à gauche 17 kilog. et en tout 32 kilogs.

Salle Louis (hommes)

Malades anciens du service.

N° 1. Louis G., 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires, tremblement du tronc.*

L'amélioration signalée précédemment continue.

N° 26. D. *Contraction des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

La maladie paraît stationnaire.

N° 2. Jean M., 47 ans. *Ataxie locomotrice. Morphinomanie.*

Sous l'influence du traitement miroirs et bains, l'intensité des douleurs fulgurantes a diminué, les crises gastriques ont disparu. Les doses de morphine sont diminuées sans inconvénient et le malade qui se sent plus solide demande sa sortie.

Consultation externe.

Arthur, 38 ans. *Hémiplégie par embolie.*

Les mouvements du bras sont un peu plus amples. Le malade se sent mieux, il parle avec plus de facilité, progrès lents.

G. François, 53 ans. *Paralysie agitante.*

Amélioration notable dans la santé générale et l'état des forces. Le malade a très notablement engraissé, il marche avec fermeté et se tient très droit ; néanmoins le tremblement des bras se maintient ; il diminue cependant par moments.

Bi. M., 50 ans. *Ataxie locomotrice.*

Amélioration très notable par les transferts. Le malade se sent plus fort sur ses jambes. Il peut marcher sans l'aide d'une canne, alors qu'à son arrivée dans le service il avait recours à l'usage de deux cannes.

Ernestine M., 35 ans. *Névropathies. Insomnies.*

Cette malade a servi pendant le mois précédent de sujet transfert aux autres malades. Les crises hystériques ont diminué. Elle a peu à peu repris son sommeil. Elle se trouve très satisfaite de ce régime.

G. Alexandre, 29 ans. *Hystérie, douleurs de tête. Congestion continue de la face. Palpitations.*

Ce malade a suivi régulièrement le traitement habituel, transfert, mîroirs, et couronnes aimantées. Sa figure est moins congestionnée et ses douleurs de tête sont moins intenses. Ses palpitations ont diminué, ses idées sont plus gaies. Son état général est bien plus satisfaisant.

Jeanne A., 13 ans. *Chorée unilatérale.*

Vers la fin d'octobre 1890, la mère de la malade s'aperçut que sa fille avait des mouvements nerveux dans toute sa personne. Quinze jours plus tard elle parlait difficilement et tout le côté droit était attaqué. Elle ne pouvait plus écrire ni rien tenir de la main droite, elle était triste contre son habitude. Pendant un mois, elle fut soumise au traitement suivant : Bromure de potassium solution 2 cuillerées par jour, infusion de valériane, pilules de Méglin, bains sulfureux, promenades réitérées, aucun changement.

Entrée le 10 décembre, en traitement à la Charité, cette jeune malade fut soumise au traitement par les miroirs et les transferts. Au moment de son arrivée, tout le côté droit était frappé de mouvements incoordonnés, le bras ainsi que la jambe, avec grimaces de la face, impossibilité complète de faire un mouvement régulier et démarche embarrassée.

Le traitement fut suivi régulièrement tous les matins. Après quelques séances l'amélioration devint rapide si bien qu'à la fin de l'année, la malade était presque complètement guérie de sa chorée. La guérison s'est maintenue et actuellement, 10 janvier, elle est complète. La malade est maîtresse de ses mouvements, elle peut écrire et la gaieté est revenue sur sa physionomie.

VARIÉTÉS

—

NOTE SUR L'ACTION DU MIROIR ROTATIF SUR UN PEAU-ROUGE

Par le Dr DE GRANDCHAMPS.

—

Paris, le 9 décembre 1890.

Mon cher maître,

Je vous adresse, comme vous me l'avez demandé, une note relative à l'hypnotisation que j'ai eu l'occasion de pratiquer sur un Indien Peau-Rouge de la tribu des Sioux. Elle pourra vous servir pour l'étude de la sensibilité aux actions hypnotiques dans les différentes races.

Pendant l'été de l'année dernière, M. le docteur Tonner, de New-York de passage à Paris, suivait avec un vif intérêt les travaux du laboratoire de la Charité. En qualité de compatriote, il donnait gracieusement ses soins au personnel du cirque américain de Buffalo-Bill dont faisaient partie une vingtaine de Peaux-Rouges de diverses tribus. — Le docteur Tonner a parcouru leurs prairies et a vécu aux milieu d'eux. Il me proposa un jour de visiter avec lui un de leurs chefs légèrement indisposé et de profiter de l'occasion pour essayer sur lui l'action d'un miroir tournant.

Accueilli avec la plus grande courtoisie par M. Salsbury, l'un des administrateurs et par le colonel Cody, je fus introduit dans la grande tente habitée en commun par le malade et plusieurs de ses compagnons. Quelques-uns de ces Peaux-Rouges comprenaient un peu l'anglais et s'exprimaient plus ou moins facilement dans cette langue. Tous me reçurent avec la politesse et le grand air de distinction qui caractérisent ces peuplades. Il m'a paru, pour le dire en passant, que les célèbres romans de Fenimore Cooper donnent de leurs manières une idée très exacte.

Le malade, âgé d'une trentaine d'années, était roulé dans une couverture et couché sur une natte. Il paraissait souffrir d'une courbature avec embarras gastrique. Je le fis asseoir les jambes croisées. L'appareil fut installé devant lui sur un petit poêle non allumé qui se trouvait là. J'indiquai au Sioux qu'il s'agissait de fixer le miroir attentivement, ce qu'il fit aussitôt avec le sérieux et la dignité que ces peuples ont coutume d'apporter dans leurs moindres actes. Les autres Indiens, couchés ou assis dans la tente, suivaient avec intérêt les préparatifs de l'opération, mais en silence et sans manifester une curiosité malséante.

En moins de cinq minutes, l'effet que nous observions communément au laboratoire de la Charité dans les cas les plus favorables, se produisit sans difficulté. L'Indien était devenu peu à peu immobile ; ses bras soulevés conservaient la position que je leur donnais ; la piqûre d'une épingle enfoncée dans ses poignets ou dans ses bras nus n'était pas sentie. Anesthésie et catalepsie avaient été obtenues d'emblée.

Je pus m'assurer qu'il était en même temps devenu suggestible. Je lui donnai en anglais l'ordre de se sentir immédiatement soulagé, de se reposer tranquillement dans sa tente pendant le reste de la journée et, le lendemain matin, de se réveiller comme à l'ordinaire bien portant et dispos. L'interprète lui répéta mot à mot cette suggestion dans sa langue. Puis, je lui dis de se réveiller au bout d'une minute, ce qu'il fit ponctuellement.

Je pris alors congé des assistants qui me semblèrent très satisfaits. Je me figure que dans leur imagination le médecin doit tenir quelque peu du prêtre et du sorcier. J'ai su quelques jours plus tard par le docteur Tonner que le lendemain matin notre malade s'était déclaré guéri et avait insisté pour reprendre immédiatement ses exercices.

—

Si ce petit récit vous paraît présenter quelque intérêt j'en serai très heureux.

Je vous prie d'agréer, mon cher Maître, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr DE GRANDCHAMPS.

NOUVELLES

Thérapeutique hypnotique. — M. Luys a commencé ses leçons cliniques sur la thérapeutique hypnotique à l'hôpital de la Charité. Il les continuera tous les jours à dix heures.

BIBLIOGRAPHIE

—

Broever. — Insanity from cocaïne. (*Journ. of the med. Assoc.* 1886.)

Bühler. — Zwei Falle von .cocaïne Vergiftung. (*Corresp. Blatt.*, 1886.)

Christian.— Morphino-cocaïnisme. (*Ann. méd. psych.* 1889.)

Bornemann.— Zur Cocaïnsucht. (*Deutsche med. Zeitung*, 1886.)

Comanos Bey.— *Berliner klin. Woch.*, septembre 1886.

Erlenmeyer. — Uber Cocaïnsucht. (*Deutsche med. Zeitung*, 1886.)
Id. Id. (*Encéphale*, 1886.)

Haupt. — Cocaïnomanie chez un enfant. (*Deutsch. med. Zeitung*, 1886.)

Krafft Ebing. — Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgard, 1888.

Leibert. — Cocaïne et cocaïnisme. (Wurzbourg, 1886.)

Love. — The cocaïn habit. (*Med. Record*, 1885.)

Mann. — Cocaïne contre le morphinisme. (*Saint-Louis Cour. méd.* 1886.)

Mattison. — 40 cases of cocaïnism. (*Philad. med. Times*, 1887.)

Read. — Morphinism and alcoolism treated with cocaïne. (*Gaillard's M. J.*, New-York, 1886.)

Rank. — Ueber die Bedeutung des Cocaïns bei der Morphiumziehung. (*Med. Corres. Blat Wurtemb.* 1885.)

Ch. Richet. — Cocaïnomanie. (*Soc. de Biologie*, 1888.)

Saury. — Cocaïnomanie. (*Ann. med. psych.*, 1889.)

Schmidt. — Uber die Bedeutung des Cocaïns bei der Morphiumziehung. (*Berl. klin. Woch.*, 1885.)

Saury et Magnan. — *Société de Biologie*, 1889.

Seifert.— Ueber Cocaïn und Cocaïnismus. (*Sik. der Würzb. phy. med. Gesells.*, 1886.)

Obersteiner. — Psychoses toxiques. (*Wien. med. Presse*, 1886.)

Pichon. — Morphinisme. Paris, 1890.

Séglas. — *Ann. med. psych.*, février 1889.
Id. Id. Id., juin 1889.
Id. Congrès de Rouen 1890.

Waugh. — Treatment of opiumhabit by coca. (*Philad. med. Times*, 1885.)

Westphall. — Cocaïnomanie. (*Arch. für Psych.*, 1887.)

Whittaker. — Cocaïne in the treatment of the opiumhabit. (*Med. News.*, Philadelphie, 1885.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA FOLIE (1)

Par J. Luys

membre de l'Académie de médecine,
médecin de la Charité.

On dit depuis longtemps et on répète volontiers, dans le milieu de la génération contemporaine des aliénistes, que les troubles de la folie disparaissent après la mort, sans laisser de traces sensibles sur le cerveau qui les a engendrés, et que tous les efforts tentés dans le but de créer une véritable anatomie pathologique de la folie ne sont que peines perdues et illusions décevantes. Ainsi qu'on peut s'en convaincre d'après la lecture des Comptes rendus des recueils scientifiques, la science des autopsies, dans les services spéciaux, est de plus en plus silencieuse et, au milieu de ce mouvement général d'entraînement scientifique qui s'est emparé de tous les esprits, au milieu de cet ensemble de recherches multiples qui cherchent à pénétrer le secret des maladies jusque dans l'intimité des tissus, ce domaine spécial de la science française, injustement délaissé, n'a fourni, jusqu'ici, en dehors de ce qui touche à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, que

(1) Communication faite au Congrès de Paris, 1890.

des matériaux insuffisants et mal coordonnés. Il semble, à entendre les discussions qui s'élèvent, soit dans les Congrès, soit dans les Sociétés savantes, à voir les aliénistes ne s'occuper que de symptômes peu importants et fugaces, d'étiologie banale, de faits épars, sans cohésion, que le cerveau n'existe pas pour eux comme substratum matériel des désordres observés, et que ce n'est pas lui qui se révèle avec ses manifestations anormales dans les divers troubles psychopathiques qu'ils ont mission d'abord de connaître et de soigner ensuite. — C'est l'anatomie qui fait défaut dans les esprits qui semblent s'en soucier fort peu.

J'avoue que le problème est ardu et que les rapports des troubles de la folie avec les lésions organiques qui les engendrent, ne sont pas toujours faciles à constater. Mais, en réalité, ces lésions elles existent ; et si nous ne les reconnaissons pas, c'est faute à notre insuffisance, mais, avant tout, on ne peut s'avancer dans ce domaine spécial qu'avec des connaissances approfondies du terrain qu'on va explorer. — Il faut connaître, à fond, les aspects divers, la conformation extérieure, normale, de tous les départements de l'encéphale. Il faut avoir dans l'œil et surtout dans l'esprit, une image fidèle des états normaux, pour pouvoir affirmer les états pathologiques de telle ou telle région, et, de plus, il faut avoir l'habitude de la texture intime de tel ou tel point pour reconnaître, à un moment donné, les lésions profondes que ces mêmes points renferment.

Ceci dit, pour faire voir les lésions spéciales dont j'ai à entretenir le Congrès et présenter des documents probants, j'apporte ici, comme pièces à conviction, un certain nombre de cerveaux conservés par des procédés spéciaux. — Les uns sont normaux, les autres sont pathologiques, de façon à fournir des éléments de jugement comparatif. On voit, en effet, au milieu de certaines régions des bosselures, des hypertrophies de substance cérébrale qui sont de véritables lésions fixes.

Ces sujets, au nombre de dix, que j'ai observés et suivis pendant plusieurs années, présentaient les types des anciennes vésanies des auteurs ; c'étaient des hallucinés à des degrés divers — les uns restaient silencieux la plupart du temps; les autres, obsédés, s'entretenaient avec des voix mystérieuses ; d'autres voyaient des objets terrifiants — d'autres se croyaient empoisonnés, poursuivis et répondaient, en un mot, à ce

groupe que l'on désigne, d'une façon symptomatologique, sous le nom de délirants persécutés et qui, au point de vue physiologique, ainsi que je l'ai toujours constaté, ne sont que des hallucinés. — Les cerveaux que je présente, ici, appartiennent à des sujets féminins que j'ai eus, plusieurs années, dans mon service à la Salpêtrière. J'ai pu les suivre ainsi, assister aux premières ébauches de leurs hallucinations, suivre celles-ci dans leur marche envahissante, obsédant sans cesse leur esprit de leurs continuelles sollicitations pour aboutir à la démence terminale et à l'obtusion progressive de la perception du monde extérieur. J'ai pu ainsi étudier l'évolution du processus hallucinatoire à différentes périodes : dans ses périodes terminales avec excitation et obtusion complète des facultés et dans ses périodes de progrès, alors que l'esprit troublé par moment, d'une façon transitoire, conservait encore ses points de contact avec quelques fragments du monde extérieur.

Chez les premiers sujets, ceux qui sont arrivés à l'état de démence complète avec excitation, on est frappé de rencontrer l'hypertrophie de certaines régions spéciales du lobe paracentral et de rencontrer cette hypertrophie sur les deux lobes du cerveau, simultanément. On sait maintenant que cette région du paracentral est le point de confluence des circonvolutions psycho-motrices de l'écorce cérébrale et que c'est dans ces territoires spéciaux que les réserves de l'innervation psycho-motrice sont particulièrement accumulées. Cette hypertrophie considérable dénote donc un foyer d'excitation continue, absorbant, à lui seul, la vitalité des autres régions cérébrales, qui sont, plus ou moins, notablement amoindries. Chez ces anciens hallucinés, en proie à ce travail continu d'excitation, l'absorption subjective, comme on dit, était complète ; ils répondaient mal aux interrogations du monde extérieur et ils vivaient continuellement absorbés par leurs idées fixes.

Chez ceux qui ont succombé fortuitement, avant que le processus hallucinatoire ait parcouru son évolution complète, l'anéantissement de la perception du monde extérieur n'existait pas. Ils parlaient encore, ils étaient lucides, ils s'entretenaient volontiers de leurs idées fixes, des obsessions qui les poursuivaient.

Chez un sujet dont je présente ici le cerveau, la malade était atteinte d'une hallucination viscérale. Elle avait des hallucinations irradiées de ses plexus intestinaux et, à la suite, elle avait engendré l'idée morbide qu'elle avait un tænia

dans le corps. Ce tænia imaginaire était devenu pour elle une obsession permanente ; elle en parlait sans cesse, elle raisonnait les allées et venues de ce tænia dans son estomac et son intestin. Elle le sentait comme une réalité et, en dehors de cette idée fixe, de nature hypochondriaque, elle était complètement lucide, parlait avec netteté des choses ambiantes et, comme elle avait reçu une certaine éducation, sa conversation n'était pas sans intérêt.

Elle présentait donc un véritable mélange de folie et de raison. Elle succomba d'une façon intercurrente et je présente actuellement son cerveau, qui offre des particularités très remarquables. L'hypertrophie du lobe paracentral, que l'on rencontre d'une façon si marquée sur les cerveaux des anciens hallucinés, n'existe, ici, que sur un seul lobe du cerveau (1). Elle est très accusée et forme une espèce de crête ou de gibbosité, et, chose remarquable, l'autre région paracentrale se trouve dans les conditions normales. On est donc amené à dire, rien que par l'examen de ces faits, que, dans ce cas, le processus hallucinatoire n'avait pas encore eu le temps de se compléter, qu'il n'avait porté son effort que d'un seul côté du cerveau, respectant ainsi l'autre.— C'est à l'aide de cette simple disposition anatomique que cette femme a pu présenter, pendant sa vie, cette coexistence de l'hallucination et de la lucidité, et l'on pourrait dire qu'elle délirait avec un lobe de son cerveau et qu'elle était demeurée saine avec l'autre lobe. J'ajouterai, comme complément, que j'ai fait, avec la plus grande attention, l'examen de l'intestin dans toute sa longueur et que je n'ai pas trouvé la moindre trace de tænia (2).

Dans le même ordre d'idées que je poursuis actuellement, je soumets encore à l'examen des membres du Congrès un cerveau conservé, qui est, si je ne me trompe, le premier docu-

(1) L'hypertrophie du cerveau chez certains aliénés n'est pas un fait rare. — A l'aide de mensurations faites avec mes instruments céphalométriques, j'ai constaté chez un certain nombre d'aliénés atteints d'hallucinations et de manie chronique, que la moyenne totalisée des diamètres fronto-occipitaux m'a donné le chiffre de 512. — Le chiffre d'un groupe égal de sujets sains du même âge étant de 498. — (Voir le *Journal l'Encéphale*, 1886. — Mémoire sur la mensuration de la tête.) —Voir encore le travail de Brunet — Hypertrophie du cerveau chez les aliénés. *Annales Médico-Psychologiques* 1874. — T. I, p. 177.

(2) Le cerveau de cette malade est représenté dans mon Traité de Pathologie mentale, pl. VIII, fig. 4 et 4'.

ment relatif à l'anatomie pathologique ou, plutôt, aux dispositions anatomiques propres à l'hypnotisme. Il s'agit, en effet, d'une femme hystérique, douée d'une sensibilité exquise, extra-physiologique, hypnotisable et qui a succombé accidentellement.

Ce cerveau, dont on verra la description détaillée avec l'histoire pathologique de la malade, a été décrit, avec tous les détails qu'il mérite, dans mon ouvrage sur *l'Hypnotisme dans ses rapports avec la pathologie mentale.* Je ne fais que signaler, ici, les deux particularités anatomiques les plus remarquables.

On voit, sur le lobe gauche, au niveau du sillon de Rolando, une anomalie très remarquable dans la disposition des circonvolutions. Il s'agit d'un pli insolite qui, sous forme de coin, s'enfonce dans le sillon de Rolando et écarte en avant et en arrière les circonvolutions marginales. Je considère cette disposition jusqu'à nouvel ordre comme étant tout à fait exceptionnelle. Je ne l'ai pas encore rencontrée sur d'autres cerveaux et, en faisant la revue des cent trente-deux cerveaux secs qui constituent ma collection, je n'ai rencontré aucun cas semblable. Cette disposition anatomique, qui est de naissance, implique donc, en faveur de l'état hystérique de cette femme, une disposition primordiale fatale, qui a dû donner une tournure spéciale à ses idées et à son caractère et planer sur l'état névropathique dont elle a été tourmentée toute sa vie.

La seconde particularité anatomique est relative au développement excessif des régions du lobe carré, principalement dans le lobe droit, disposition spéciale qui est peut-être en accord avec l'état d'hyperesthésie sensitive dont elle était incessamment tourmentée (1).

(1) Luys. — Leçons sur l'Hypnotisme. Paris 1889. — Pl. XII et XIII.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR UN CAS DE MORPHINOMANIE CONJUGALE

A PROPOS DE

L'AFFAIRE WLADIMIROFF

Par le Docteur GUIMBAIL,

Ancien Interne des Asiles d'Aliénés,
Médecin Adjoint de la Maison de santé d'Ivry,
Chroniqueur scientifique au journal « *l'Evénement* ».

Si l'on organisait, parmi les hommes de cœur, un plébiscite d'honneur pour juger cet aventurier trompé dans ses calculs et se vengeant par un infâme assassinat d'avoir été démasqué et éconduit, je me porte garant qu'à l'unanimité des voix, la peine qui l'a frappé serait déclarée insuffisante, en regard du crime odieux dont il s'est rendu l'auteur.

C'est qu'au sortir de ces catastrophes finales de l'amour, quand la femme meurt et que l'homme lui survit, il fait toujours triste figure. Nous ne pardonnons pas volontiers à la main qui, n'ayant pas tremblé pour le meurtre, se dérobe pour le suicide ; — car, alors, dans cette douloureuse partie, où les enjeux ne sont autres que la vie elle-même, c'est l'homme qui triche et la femme qui paie.

A l'occasion du crime de Ville-d'Avray, on parla d'un suicide à deux, d'une aventure romanesque ; on nous montra Wladimiroff comme un jeune homme affolé d'amour, emporté jusqu'aux plus coupables erreurs par l'ardeur de sa passion.

Tout autre nous l'ont révélé les débats qui se sont déroulés devant la cour d'assises de Versailles : nous savons maintenant que les inexpériences et la fougue de la vingtième année n'ont rien à voir dans son crime. On peut le considérer comme un impulsif et un violent et toute sa vie témoigne en faveur de cette opinion.

D'une inquiétante précocité, ses colères d'enfant, ses caprices inconcevables attristent sa famille. Il se fait renvoyer de vingt institutions et se montre, partout, vicieux et incorrigible. Plus tard, impatient de mener la grande vie, il n'a qu'une préoccupation : se chercher de l'argent par tous les moyens possibles dans le but de satisfaire son goût pour le plaisir.

Son crime se complique, pour nous médecins, d'un double attentat : c'est une malade qu'il a lâchement assassinée. Mme Dida, à la physionomie douce et charmante était une *morphinomane* : elle prenait chaque jour, en injections, sous la peau, une quantité énorme du poison qui fait de nos jours, tant de victimes. Par le fait de cette habitude morbide, elle se trouvait placée dans une position d'esprit capable de susciter autour d'elle des sentiments de pitié et de compassion, plutôt que des idées de convoitise et d'amour.

Voilà pourquoi le machiavélique meurtrier, contempteur de toute justice et de toute humanité, ne mérite ni l'aumône du cœur, ni même l'indulgence que la science accorde si libéralement aux névrosés. Il appartenait tout entier à la justice armée de ses rigueurs.

Aussi bien — et quoique ses criminelles menées constituent le fond même du procès et sa raison d'être, — n'est-ce point tant de lui que de son intéressante victime qu'il sera question dans cette étude.

* * *

L'étrange conduite de Mme Dida, ses inconséquences, le désordre apparent de son existence formant un si violent contraste avec son éducation et ses tendances antérieures, ont soulevé une question médico-légale pleine d'intérêt, bien que ne représentant dans l'affaire Wladimiroff qu'un élément secondaire.

La pauvre femme si belle et si bonne, disent ceux qui la connurent, dont la physionomie ouverte et sympathique attirait les regards tout en commandant le respect, se laisse prendre aux charmes trompeurs du misérable, comme l'alouette imbécile au miroir. Innocente créature, elle flaire si peu le piège — grossier pourtant, qui lui est tendu par l'aventurier, — que sa famille et ses amis ont toutes les peines du monde à lui ouvrir les yeux.

Dès la première entrevue, elle ne trouve pas la force d'éconduire cet amoureux prompt comme la foudre : son jugement est en défaut, elle ne sait pas lire à travers les déclarations passionnées l'indigne comédie du chercheur de dot.

Ame faible et naïve, esprit malade et chimérique, elle accepte des rendez-vous, se compromet à plaisir — elle se donne tout entière — et cela sans que la tourmente des sens se soit

élevée, car l'habitude de la morphine a vite fait d'éteindre chez ses tributaires toute passion matérielle. Quelques jours suffirent pour que fût achevée la conquête de cette malade sans volonté et sans résistance.

Et alors commence cette vie à deux, à la fois étrange et coupable, mouvementée et romanesque, à cheval sur la maison de santé et les lieux de plaisir. Le fiancé d'occasion injurie sa maîtresse — il la maltraite, il rudoie son amour-propre de femme, il va jusqu'à la frapper, et elle reste. Elle reste, et son attitude est humble et résignée en face de ce maître qui n'a guère plus d'égards pour elle que le boyard vis-à-vis du moujik.

Un voile épais s'est étendu sur ses yeux : elle trouve, dans son cœur blessé, des élans de pitié pour excuser d'inexplicables emportements et des mots de pardon pour les farouches menaces de ce sauvage Cosaque, qui vit à ses dépens.

* * *

Quelle lamentable odyssée que la vie de cette jeune et si malheureuse créature à qui pourtant tous les bonheurs paraissaient réservés ! Belle, riche, heureuse, elle est victime de la jalousie de son mari, frappé d'impuissance, M. Dida, qui se rend coupable vis-à-vis d'elle du plus criminel des *empoisonnements*, celui de la morphine.

Morphinomane lui-même, rendu par l'effet de cette tyrannique passion incapable de remplir ses devoirs de mari, il est mordu à la vue de sa femme jeune et belle, par de cruels soupçons et tourmenté de chimériques inquiétudes. Astucieux et perfide, mal conseillé par une folle jalousie, il cherche un moyen efficace pour protéger sa femme contre les défaillances possibles et l'entraînement de la passion. Et comme depuis les croisades, le renouvellement des siècles n'a plus laissé à l'antique bouclier dont le musée de Cluny nous offre un dernier spécimen, qu'un intérêt rétrospectif — il s'adresse à la morphine pour éteindre chez sa malheureuse compagne tout éveil de sensualité et prévenir toute surprise de l'amour.

Ce trait de mœurs n'est point banal : le criminel raffinement de cet émasculé féroce, vantant à sa femme les bonheurs artificiels, les paradisiaques félicités procurées par la morphine, dans l'intention secrète de tuer chez elle les tentations

de la chair, constitue une des conséquences les plus imprévues et les plus singulières de notre époque ultra-civilisée.

Certes, la tendance des morphinomanes à faire des prosélytes est bien connue et admise sans conteste.

Cependant on conviendra avec moi qu'ils n'ont point ordinairement pour but de compromettre la vie de leurs semblables ou de supprimer l'un des plus mystérieux attributs de la nature humaine. Leur désir secret — dont ils ne se font même pas l'aveu intérieur — n'offre, en soi, rien de criminel. Ils se proposent simplement de se créer des compagnons de débauche au même titre que l'alcoolique, l'opiophage, le haschischéin, ou peut-être plus simplement encore, de faire participer à leur bien-être quand ils ignorent à quel prix il sera plus tard acheté, leurs amis ou leur entourage.

Mais quand une pensée coupable se trouve à l'origine de leurs perfides instigations, comme c'est le cas de M. Dida, il faut avoir le triste courage de les envisager comme de véritables *attentats* en l'honneur desquels le temps est venu, pour la médecine légale, d'ouvrir un chapitre nouveau, lequel ne manquera pas, croyez-moi, d'intérêt pratique.

*
* *

Point n'est besoin, d'ailleurs, pour les réprimer et les punir, de forger une pénalité nouvelle. Pénétrons dans l'arsenal des Lois, nous y trouverons les armes suffisantes pour venger le crime que commet un individu, morphinomane ou non, en empoisonnant son semblable.

L'article 301 du Code pénal est formel à cet égard :

Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort, *plus ou moins promptement*, de quelque manière que ces subtances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

De même l'article 317, § 4 :

Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, des substances qui sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni...

Où pourrait-on trouver une substance plus propre à détruire rapidement la santé, que la morphine, surtout in-

jectée sous la peau ? Elle altère les tissus, elle compromet la raison ; son habitude est synonyme d'une impérieuse tyrannie, car elle développe, par sa seule présence au sein de l'organisme, un état si spécial, — elle y produit une série de modifications si profondes, que lorsqu'il vient à en être privé même d'une faible dose, il est instantanément tenaillé par une série de malaises si nombreux, de douleurs si cruelles, qu'elles sont au-dessus des forces humaines et qu'elles nécessitent le retour au poison habituel.

Quant au fait lui-même, d'empoisonnement, en est-il moins établi, qu'il se produise par la bouche, ou toute voie naturelle, ou qu'il résulte de l'introduction sous la peau de substances toxiques, venimeuses, virulentes ? La mort ne peut-elle se produire par le contact avec l'œil de quelques gouttes d'acide cyanhydrique ? elle fut déterminée dans certains cas, rapportés par les auteurs spéciaux, par la pénétration de poisons dans la cavité vaginale. Le curare, le plus terrible des poisons nerveux, ne tue que lorsqu'il est administré sous la peau ou déposé sur une plaie.

Tous ces modes d'empoisonnement ne sont-ils pas également punissables ; en est-il un qui paraisse plus excusable que l'autre ?

Non certes, et sans aucun doute celui qui sans qu'un motif suffisant l'y autorise — ce motif est unique, il n'est autre qu'une affection reconnue incurable, et s'accompagnant d'intolérables souffrances — pratique à son semblable sans l'autorisation préalable du médecin, une piqûre de morphine, se rend coupable d'empoisonnement, au même titre que s'il eût mélangé aux aliments de sa victime l'arsenic, la ciguë ou la strychnine.

Savent-ils en outre ceux qui n'hésitent pas à morphiniser leurs pareils à quels dangers immédiats ils les exposent ? Certaines idiosyncrasies, des prédispositions particulières rendent parfois extrêmement dangereuses, ou même mortelles, des doses infinitésimales de cet alcaloïde. Les empoisonnements graves par cinq milligrammes de morphine ne sont pas rares dans les annales de la science.

Mais j'admets que la tolérance s'établisse — c'est la règle. Voilà créé chez la victime un état de maladie qu'on peut qualifier de chronique j'allais presque dire d'incurable, tellement est faible la proportion des morphinomanes qui guérissent. Encore l'atteinte portée à la santé générale est-elle peu comparable aux désordres profonds que l'habitude morphinique est

susceptible de provoquer du côté des fonctions intellectuelles et sensibles, pour peu que préexiste une disposition cérébrale fâcheuse toute prête à recevoir de l'agent toxique le choc, l'impulsion qui lui permettra d'évoluer.

Cette prédisposition particulière ne manquait pas chez Mme Dida sous la forme d'hystérie ainsi que l'a déclaré le Dr Motet. M. le professeur Ball a démontré qu'elle était irresponsable de ses actes. L'habitude du poison avait détrempé le ressort de sa volonté, déjà affaiblie, au point de la livrer sans résistance, aux caprices des impulsions qui assiégeaient son esprit.

Avant de prendre de la morphine, elle présentait tous les attributs psychiques de la grande névrose : excitation facile, humeur fantasque, caractère mobile. Aussi les abus de morphine et de cocaïne ont-ils eu beau jeu à faire d'elle une véritable aliénée. Sous leur influence, les plus graves désordres cérébraux s'installent chez elle : elle devient hallucinée, elle délire, on doit l'enfermer dans diverses maisons de santé. Alors seulement se dissipent les accès aigus, déterminés principalement par l'abus de cocaïne.

Mais le retour à la santé complète de l'esprit ne se fait point encore. La sensibilité reste détraquée : elle ne peut opposer un frein aux sollicitations instinctives de son cerveau surexcité. Elle cède et s'abandonne aux premières tentatives de Wladimiroff. Elle perd toute direction d'elle-même : elle se compromet à plaisir, oubliant qu'elle a la garde de l'honneur d'une famille.

Défaut absolu de volonté, absence de direction, déviation de l'axe moral, voilà des stigmates non trompeurs de cette dégénérescence mentale si particulière, que l'abus de la morphine est suffisant à provoquer chez les natures prédisposées.

⁂

Croit-on que de telles atteintes portées aux fonctions les plus élevées de la nature humaine doivent échapper plus longtemps aux rigueurs de la justice ? Et quand l'excitation, la provocation coupable à la pratique de la morphine, vient du mari pour s'exercer vis-à-vis de sa femme, quel crime est le sien ?

Ici, encore, inutile de créer des lois : le code est bien armé contre le coupable, si on consent à faire rentrer parmi *les excès, sévices ou injures graves* la contamination d'un

époux par l'autre, la contractation suggestive d'une habitude qui participe à la fois, de la maladie et du vice.

Qu'importe en effet, qu'un époux périsse victime des effets lents, mais irrésistibles de la morphine, ou qu'il succombe sous l'effort meurtrier de son conjoint, quand c'est la même main qui instille le poison ou qui tient l'arme : aiguille vénéneuse ou poignard homicide.

Je sais le cas d'un mari, vivant avec sa femme en état de parfaite incompatibilité d'humeur qui, sournoisement, et par des artifices trop longs à décrire, poussa sa femme à contracter l'habitude de la morphine. Il réussit à faire d'elle une morphinomane et se servit de cette passion provoquée — au cours d'un procès en divorce — comme d'un argument qui suffit peut-être à entraîner la conviction des magistrats. Si je n'avais été lié par le secret professionnel, je n'aurais pas hésité un instant à dénoncer cette infamie à la rigueur des lois. Je la dénonce ici, sous le voile de l'anonyme.

Eussé-je trouvé un tribunal accessible à mes arguments, je ne sais : pourtant, quels sont les juges qui hésiteraient à appliquer la sévérité des peines à un mari, administrant à sa femme à petites doses non mortelles, mais toxiques pourtant, et souvent réitérées, de la strychnine ou de l'aconitine ?

Ces poisons, cependant, ne créent pas chez les victimes de leurs effets cet impitoyable besoin de répétition, cette habitude tyrannique qui pousse invinciblement au tombeau, en passant par l'asile d'aliénés, le malheureux qui est devenu son esclave, sans qu'un retour en arrière soit presque possible. Quant à leur toxicité relative, elle n'est guère moins considérable d'un côté que de l'autre, et je ne sais si les altérations produites par la morphine dans le système circulatoire, les lésions qu'elle provoque dans les centres nerveux ne peuvent être mises en parallèle avec celles que déterminent les poisons les plus redoutables.

*
* *

Je n'ai point eu la prétention d'élucider, en ces quelques lignes, tous les problèmes sociologiques desquels relève la morphinomanie conjugale, obligé que je suis de me restreindre à un cas unique, celui de Mme Dida.

Il est, cependant, au point de vue des rapports du mariage et de la loi, une conséquence de l'habitude de la morphine

communiquée d'un époux à l'autre, vis-à-vis de laquelle je ne dois pas garder le silence.

Le code civil admet, au nombre des injures graves, la contagion syphilitique d'un époux à l'autre. Il est permis de se demander si la transmission d'une habitude toxique, avec ses conséquences fatales, est moins coupable que celle d'une maladie grave, sans doute, mais curable, après tout ; — si pour un conjoint, la faute est moins punissable d'infuser dans les veines de l'autre un germe virulent que d'y faire circuler un redoutable poison.

Dans les deux cas, il s'agit d'une maladie chronique, communiquée, — j'admets qu'elle l'est sciemment — et je me demande si la première ne reçoit point de l'égarement de la passion, de l'entraînement des sens une certaine atténuation qu'on refusera à la seconde.

Leurs terribles conséquences au point de vue du mariage ne sont pas si différentes : elles atteignent directement et tout d'abord, la sphère génitale. Leur lot commun, c'est la stérilité, l'avortement, la faiblesse innée ou le défaut de viabilité des enfants, quand ils survivent à l'imprégnation de leurs parents.

Encore dans la syphilis, les actes préliminaires de la génération sont-ils demeurés possibles, tandis que l'habitude de la morphine frappe la puissance génitale même des époux. Elle rend silencieux les centres génésiques, abolit tout appétit sensuel et éteint toute ardeur. Nous l'avons constaté chez Mme Dida.

Mon éminent confrère et ami, le docteur Lutaud, médecin de Saint-Lazare, avait constaté dès 1885, cette propriété élective de l'alcaloïde de l'opium dans le domaine spécial où il exerce. A l'occasion d'un savant travail lu par lui à la Société de médecine de Paris, et reproduit dans *l'Union Médicale* (1) il formulait cette loi que j'ai eu, maintes fois depuis, le loisir de vérifier.

La morphine employée régulièrement par la méthode hypodermique a une action élective sur l'appareil utéro-ovarien. Elle supprime la menstruation, produit la frigidité et éteint pour ainsi dire, la vie utérine.

Au train dont vont les choses il ne serait point surprenant que nous entendissions un jour prononcer la séparation ou le divorce fondés exclusivement sur l'état de morphinomanie

(1) 8 avril 1887, *Union médicale.*

de l'un des conjoints. L'excuse, certes, ne manquerait point de valeur, d'autant que le penchant à abuser de la morphine, n'est point réglé par la seule puissance de la volonté. Son impérieuse nécessité est le résultat d'aptitudes maladives de l'organisme réclamant, par besoin, le stimulant obligé. Il échappe donc au libre arbitre de l'intoxiqué et c'est là ce qui constitue surtout sa gravité.

Pour résumer en quelques mots cette étude, et en forme de conclusions, je dirai que :

1° La provocation à la morphinomanie doit être assimilée à une tentative d'empoisonnement ;

2° L'introduction sous la peau, en injections hypodermiques, de solutions de morphine constitue un réel et véritable empoisonnement ;

3° Pratiquée par l'un des époux sur l'autre en dehors de la prescription médicale elle se complique d'un infâme attentat ;

4° Elle entraîne, au point de vue civil, des conséquences extrêmement graves, non prévues jusqu'ici, dont la connaissance s'impose à l'attention des magistrats, et dont les tribunaux auront à connaître tôt ou tard, étant donné le nombre chaque jour croissant des tributaires de la morphine.



RECHERCHES CLINIQUES

—

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU CHLORALAMIDE CHEZ LES ALIÉNÉS,

Par le Dr E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

Dans l'étude de l'action thérapeutique du chloralamide chez les aliénés j'ai procédé comme pour le methylal et le sulfonal. Le relevé a porté sur l'état de sommeil, de veille calme ou de veille agitée, et cela *heure par heure*, du moment du coucher à l'instant du lever ; il a eu lieu non seulement durant la médication, mais encore quelques jours immédiatement avant et immédiatement après, afin de permettre les comparaisons. Le contrôle de la probité et de l'exactitude du veilleur chargé de ces opérations longues et minutieuses a été le même : il consiste à laisser le gardien de nuit dans l'ignorance absolue du traitement. Quand le soir il se présente pour prendre son service à la cinquième section à laquelle il est exclusivement attaché et où sont réunis tous les malades en expérience, le chef qui a déjà, en son absence, administré les potions que je conseille d'édulcorer à cause de l'amertume du chloralamide et de donner d'assez bonne heure à cause d'une certaine lenteur d'action, le chef lui remet la liste des malades à observer. Sans point de repère, s'il s'avise de pointer au hasard, il fournira des renseignements dont l'incohérence et les contradictions trahiront sa fraude.

Durant dix mois j'ai essayé, dans ces conditions, le chloralamide sur soixante aliénés de mon service ; je l'ai prescrit de deux à six grammes et dans bien des cas j'ai poussé l'expérimentation au delà de trente jours. Le nombre des sujets, les doses et la durée de la médication me paraissent autoriser des conclusions. Je me bornerai à relater mes observations personnelles sans étalage de vaine érudition : l'important, en matière thérapeutique, est de raconter ce qu'on a soi-même vu.

De mes soixante aliénés soumis au chloralamide, vingt-cinq étaient atteints de folie simple. Il convient de séparer ces derniers en deux groupes. Parmi les particularités que le veilleur a charge de relever heure par heure, j'ai signalé l'état d'agitation ou de calme du malade durant la veille. En effet, ces deux espèces d'insomnie sont à différencier, tel hypnotique qui a prise sur l'une ne l'a pas toujours sur l'autre et c'est précisément le cas du chloralamide. Six de mes vésaniques, qui ne dormant pas, ne présentaient aucune agitation nocturne ont fourni des résultats excellents. J'aurais désiré en

réunir un plus grand nombre, je n'ai pu, car la constatation exacte de l'insomnie calme chez des aliénés incapables de renseigner et dont aucune manifestation ne révèle la veille est chose difficile. Quoi qu'il en soit, ces six aliénés, qui étaient des lypémaniques, ont goûté de suite, à la seule dose de trois grammes, un repos régulier de six à huit heures, presque toujours continu, sans accoutumance ni indisposition quelconque au réveil. Il est juste d'ajouter que dix jours de traitement constituèrent la durée la plus longue, le sommeil naturel étant vite revenu comme si le remède en avait hâté le retour. Voici, d'ailleurs, ces six cas :

Observation I. — Paul Bas..., 32 ans, lypémanie aiguë avec dégoût de la vie et tentatives de suicide. Calme, mais dort à peine deux heures par nuit. Pendant une semaine trois grammes de chloralamide lui procurent de six à neuf heures consécutives de repos, grande amélioration de l'état mental. Le médicament est suspendu et le malade continue à bien dormir.

Observation II. — Anatole Clou..., 36 ans, lypémanie aiguë à forme hypochondriaque avec difficultés à s'alimenter. Le malade est calme la nuit, mais il dort d'ordinaire deux heures d'un sommeil interrompu, exceptionnellement trois heures. Trois grammes de chloralamide lui procurent durant six jours de sept à huit heures d'un sommeil ininterrompu. Le médicament est supprimé pour contrôle, le malade sans hypnotique continue à bien dormir.

Observation III. — Paul Logn..., 38 ans, lypémanie aiguë avec nombreuses hallucinations de l'ouïe qui, sans agiter le malade, le tiennent éveillé presque toute la nuit. Durant huit jours avec trois grammes de chloralamide on obtient de sept à neuf heures de sommeil avec une intermittence. Le médicament est supprimé pour contrôle, l'insomnie reparaît. De nouveau trois grammes de chloralamide donnent durant neuf jours un sommeil de sept à neuf heures sans interruption. La suppression de l'hypnotique laisse cette fois les choses en état.

Observation IV. — Hippolyte G.... 55 ans, lypémanie aiguë avec conception délirante de ruine et de culpabilité ; calme il dort à peine une heure par nuit et encore pas toujours. Trois grammes de chloralamide procurent pendant dix jours de sept à neuf heures de sommeil avec une intermittence de temps à autre. Amélioration de l'état mental. Sans hypnotique le malade dort de cinq à six heures par nuit d'un sommeil interrompu une fois.

Observation V. — Désiré Tal..., 31 ans, lypémanie aiguë avec hallucination et illusions psychiques de la vue et de l'ouïe qui ne déterminent pas d'agitation, mais une insomnie presque complète. Le malade est conscient de son état. Durant une semaine trois grammes de chloralamide amènent un sommeil de six à huit heures rarement interrompu une fois. Tal... prétend que le remède atténue considérablement ses hallucinations psychiques, il se sent assez bien, dit-il, pour ne plus en prendre. En effet, la suppression du traitement ne ramène pas l'insomnie.

Observation VI. — Victor Pep..., 27 ans, hypochondrie morale avec idées de suicide. Insomnie calme à peu près complète. Trois grammes de chloralamide pendant dix jours procurent de six à sept heures d'un sommeil ininterrompu. Amélioration marquée de

l'état mental. Sans hypnotique le malade dort six heures sans une intermittence.

Tout différents ont été les effets obtenus dans l'insomnie agitée de la folie simple, que les sujets fussent des maniaques ou des mélancoliques, car sur dix-neuf cas, quatorze ont été défavorables, cinq seulement favorables, soit l'énorme proportion inefficace de 74 %. Pourtant ni les doses ni le temps de la médication ne sont à incriminer, car celles-ci ont été poussées jusqu'à six grammes et celui-là au delà d'un mois.

Toutefois en dépit de ces hautes quantités et de cette insistance, aucune indisposition grave ou durable ne s'est produite; jamais de faiblesse, ni amaigrissement. Un soir un malade vomit la potion à cause de son amertume. Seul un aliéné lors des fortes chaleurs de juillet, au vingt-deuxième jour du traitement et à la quatrième prise de six grammes, eut une diarrhée assez forte qui nécessita la suppression du médicament, mais qui céda de suite après. Je suis donc autorisé à affirmer que le chloralamide, même aux doses massives longtemps continuées, est aussi inoffensif qu'inefficace dans l'insomnie agitée de la folie vésanique et voici les faits qui m'y autorisent.

Observation VII. — Paul Bar..., 42 ans, manie chronique rémittente. Du 11 février au 17, au cours d'un paroxysme, il dort en moyenne sans hypnotique trois heures et s'agite cinq heures. Le sommeil, quoique rare, est généralement continu, une intermittence toutes les deux ou trois nuits. Du 17 au 20 avec 3 grammes de chloralamide il dort tout au plus cinq heures avec une intermittence et s'agite tout autant. Du 20 au 22 avec trois grammes il ne dort plus que trois heures mais sans intermittence et continue à s'agiter cinq heures. Du 22 au 24, avec quatre grammes, même durée du sommeil, mais il y a eu une intermittence la première nuit et l'agitation nocturne est maintenant de six heures. Le paroxysme ayant pris fin, le médicament est suspendu. Du 24 au 4 mars, période de calme relatif, durant laquelle, sans hypnotique, le sommeil est de six heures avec une intermittence et pas d'agitation nocturne. Le 4 survient un nouveau paroxysme qui bat son plein le 13 ; la moyenne du sommeil est de deux heures avec une intermittence et cinq heures d'agitation. Du 13 au 26, avec trois grammes de chloralamide, le sommeil est de trois heures avec une intermittence, parfois deux et quatre heures d'agitation. Du 26 mars au 3 avril, avec quatre grammes, pas de changement. Du 3 au 8, avec un gramme, les résultats sont moins bons, seulement deux heures d'un sommeil continu, il est vrai, mais il y a cinq heures d'agitation. Du 8 au 14 nouvelle période d'accalmie. Le 14, nouveau paroxysme ; jusqu'au 16, sans hypnotique, le malade dort à peine deux heures et s'agite tout le reste de la nuit. Cette fois on prescrit d'emblée cinq grammes, dose prise du 16 au 29. La moyenne du sommeil ne dépasse pas cinq heures, le plus souvent sans intermittence ; il y a trois heures d'agitation nocturne.

Telle est la moyenne, mais en réalité le sommeil a été très irrégulier, une ou deux bonnes nuits de six et sept heures de sommeil sans aucune agitation ni intermittence s'intercalant entre de très mauvaises, durant lesquelles le repos a été à peine de trois heures pour six et sept heures d'agitation. Du 26 avril au 5 mai,

malgré la cessation du paroxysme, le chloralamide a été continué à la dose de cinq grammes pour juger de son influence sur la crise suivante.

Pendant ce temps le sommeil a été de sept à huit heures sans intermittence et sans agitation. En dépit de cette continuation de l'hypnotique, une nouvelle crise de surexcitation est survenue du cinq au quinze et les résultats ont été identiques aux derniers. Malgré la longue durée de la médication et les hautes doses prescrites, le malade n'a jamais eu la moindre indisposition, pas de faiblesse ni d'amaigrissement.

Observation VIII. — Paul Gan., 35 ans, manie intermittente. Le 1er mars le malade est en plein dans une crise; il dort à peine une heure et s'agite le reste de la nuit. Du 1er au 4, trois grammes de chloralamide ne donnent que quatre heures de repos sans intermittence avec cinq heures d'agitation. Du 4 au 7 avec quatre grammes il n'y a plus que deux heures de sommeil et sept heures d'agitation. A cette date la crise entre dans sa période de déclin et le malade, du 7 au 12, avec cette dose de quatre grammes, dort en moyenne six heures avec une intermittence et s'agite trois heures. Nouvelle crise battant son plein le 7 mai. Du 7 au 10 avec trois grammes de chloralamide, il y a seulement une heure de repos et huit heures d'agitation. Cinq grammes donnent, le 11, les mêmes résultats, le 12 une excellente nuit de huit heures consécutives de repos, mais du 12 au 14 seulement deux heures de sommeil avec sept heures d'agitation. La dose est portée à six grammes et du 14 au 1er juin on obtient une moyenne de quatre heures à peine de sommeil, parfois aucune interruption, et toujours avec cinq heures d'agitation.

En outre grandes irrégularités dans ce court repos, une nuit bonne étant intercalée entre deux mauvaises. Du 24 juin au 9 juillet une troisième crise maniaque est traitée par cinq grammes de chloralamide d'emblée ; cette médication procure à peine deux heures de sommeil avec violente agitation le reste de la nuit. Du 7 au 9 août, durant une quatrième crise, le sommeil est nul et l'agitation aussi intense que continue avec quatre grammes de chloralamide. Avec cinq grammes, du 9 au 12, tandis que le paroxysme est à son apogée, l'insomnie agitée est tout aussi complète. Du 12 au 21, la dose restant la même, une seule nuit est bonne, celle du 15 au 16 où il y a neuf heures de repos, les autres n'ont eu que deux ou trois heures au plus de sommeil. A partir du 21 la crise entre dans son déclin et alors jusqu'au 28 où elle prend fin, toujours avec cinq grammes une bonne nuit de sept à huit heures de repos est très irrégulièrement intercalée entre deux à insomnie agitée complète. Malgré la longue durée de la médication et les doses massives, rien à noter.

Observation IX. — Louis Pren., 33 ans. Manie intermittente. Durant trois crises le chloralamide a été employé. Une première fois, du 20 février au 26, le sommeil étant nul et l'agitation nocturne continue et violente, cinq grammes de choralamide d'emblée ont donné, en moyenne, par nuit, deux heures de sommeil et sept heures d'agitation et cinq grammes du 21 au 24, trois heures consécutives de repos et cinq heures d'agitation. Enfin, durant une troisième crise, cinq grammes ont donné du 10 au 17 août une moyenne de trois heures de sommeil avec une intermittence et six heures d'agitation. Rien de particulier à noter.

Observation X. — Isidore Verg., 42 ans, lypémanie ancienne. Du 7 au 9 juillet il y a par nuit, sans hypnotique, deux heures de

sommeil et violente agitation le reste de la nuit. Du 9 au 11 avec trois grammes de chloralamide on obtient six heures de repos et deux heures d'agitation, mais à cette dose le 12 il n'y a plus que quatre heures de sommeil et six heures d'agitation ; le 13, deux heures seulement de repos. Le 14, la dose est portée à quatre grammes, les choses ne se modifient pas. Cinq grammes du 15 au 23 n'agissent pas davantage, car il n'y a toujours que deux heures de sommeil et l'agitation est de six heures. Avec six grammes du 23 au 29, les résultats sont meilleurs ; il est vrai que l'anxiété du malade est en partie tombée ; on a sept heures consécutives de repos, mais le 27 une diarrhée abondante s'établit et le 29 elle a acquis une intensité telle que le remède doit être abandonné.

Observation XI. — Constantin Bre., 40 ans, manie aiguë. Le sommeil est par nuit au maximum de trois heures avec une ou le plus souvent deux intermittences, et une agitation de cinq à six heures. Avec cinq grammes de chloralamide d'emblée on a du 16 avril au 20 mai, une moyenne de quatre à cinq heures de sommeil avec une intermittence de trois heures d'agitation. En outre le repos est très irrégulier, une nuit excellente, parfois de huit heures de narcose étant intercalée entre deux nuits souvent complètement blanches. Cette irrégularité s'accentuant de plus en plus la dose est portée à six grammes, et non seulement l'irrégularité persiste, mais le sommeil descend à trois ou quatre heures, tandis que l'agitation est le plus souvent de cinq heures. Après deux jours le remède est suspendu. Il est repris du 13 au 16 juin ; à quatre grammes le sommeil est de deux heures et l'agitation de sept. Avec cinq grammes, du 17 au 23, il n'y a encore que trois heures de repos et cinq heures d'agitation. Rien de particulier à noter.

Observation XII. — Alphonse Bri.., 41 ans, manie aiguë. Le sommeil est à peine d'une heure et l'agitation très violente le reste de la nuit. Du 9 au 17 mai, avec trois grammes de chloralamide la moyenne du repos est à peine de quatre heures avec cinq heures d'agitation ; en outre, le sommeil est très irrégulier, une bonne nuit étant intercalée entre deux nuits blanches. Du 17 au 28 la dose est portée à cinq grammes, les mêmes irrégularités persistent ; de plus, la moyenne du sommeil est descendue à trois heures, tandis que l'agitation est de six heures. Rien de particulier à noter.

Observation XIII. — Antoine Bell., 46 ans, lypémanie, hypochondriaque avec violente réaction anxieuse. Le sommeil est complètement nul et l'agitation nocturne continue. Trois grammes de choralamide du 5 au 9 mai ne donnent aucun résultat. Quatre grammes du 10 au 30, donnent en moyenne à peine quatre heures d'un sommeil interrompu et cinq heures d'agitation ; en outre le repos est très irrégulier, une nuit relativement bonne étant intercalée entre plusieurs très mauvaises. Rien à noter.

Observation XIV. — Antoine Franc.., 18 ans, manie aiguë. Insomnie agitée à peu près complète. Du 14 septembre au 11 octobre, quatre grammes de chloralamide donnent une moyenne à peine de quatre heures par nuit de repos interrompu au moins une fois et de cinq heures d'agitation. De plus le sommeil est extrêmement irrégulier, une bonne nuit étant intercalée entre deux ou trois très mauvaises. Rien à noter.

Observation XV. — Victor Nour.., 36 ans, lypémanie religieuse. Le malade dort à peine deux heures et se lamente le reste de la nuit. Pendant dix jours quatre grammes de chloralamide ne donnent absolument aucun résultat, puis l'état mental étant amélioré, le sommeil naturel fait retour..

Observation XVI. — Athanase Dou..., 55 ans ; lypémanie religieuse. Le malade dort à peine deux heures et passe le reste de la nuit à réciter ses prières. Du 4 au 7 mai, avec trois grammes de chloralamide, on obtient à peine trois heures d'un sommeil interrompu et deux heures d'agitation. Du 7 au 10 avec quatre grammes pas de changement. A partir de ce moment amélioration de l'état mental et retour du sommeil naturel.

Observation XVII. — Joseph Nar. , 28 ans, manie aiguë. Le malade a au plus deux heures d'un sommeil interrompu et s'agite avec violence le reste de la nuit. Durant dix jours quatre grammes de chloralamide n'apportent aucune modification et il en est de même pendant une semaine avec cinq grammes.

Observation XVIII. — Théophile Fad.., 49 ans, manie chronique rémittente. Quand le malade est dans ses périodes de calme relatif durant lesquelles il dort de quatre à cinq heures et s'agite de trois à quatre heures, cinq grammes de chloralamide suppriment l'agitation nocturne et fournissent de sept à huit heures consécutives de repos, mais à deux reprises, la même dose dans les paroxysmes, quand le sommeil est de une à deux heures avec violente agitation le reste de la nuit, a complètement échoué.

Observation XIX. — Adolphe Chau... 26 ans ; lypémanie aiguë. Le sommeil est de deux heures par nuit avec vive agitation le reste du temps. Durant onze jours, quatre grammes de chloralamide ne donnent absolument aucun résultat. Avec cinq grammes, la première nuit il n'y a encore que trois heures de sommeil et six heures d'agitation ; mais à partir de ce moment une grande amélioration se produit dans l'état mental et alors cette dose de cinq grammes procure de six à sept heures de sommeil avec une intermittence et seulement deux heures d'agitation. Au bout de douze jours, le sommeil naturel était complètement revenu.

Observation XX. — Athanase Pey... 25 ans ; manie aiguë. Une heure de sommeil au plus et violente agitation le reste de la nuit. Du 3 au 14 août, quatre grammes de chloralamide donnent à peine une moyenne de quatre heures de repos ; en outre le sommeil est très irrégulier, une bonne nuit étant intercalée entre deux ou trois très mauvaises. Du 14 au 29, la dose est alors portée à cinq grammes, mais les mêmes irrégularités persistent ; de plus, la moyenne du sommeil n'est plus que de deux heures avec six heures d'agitation.

L'inefficacité du chloralamide apparaît encore davantage dans l'insomnie agitée de la folie simple par l'étude des cas même les plus favorables. On s'assure mieux ainsi de deux particularités qui ont dû frapper déjà dans les observations précédentes : l'irrégularité et l'accoutumance. Le remède, si par exception il donne du repos à un maniaque agité, ne lui apporte pas chaque fois une quantité à peu près égale de narcose ; non, une nuit excellente de sept à huit ou même neuf heures de sommeil, se trouve intercalée entre deux ou trois

mauvaises, durant lesquelles le malade dort au plus deux ou trois heures, mais par exemple le plus souvent d'un trait, car les intermittences sont rares avec le chloralamide. Néanmoins, ces irrégularités semblent indiquer une action limitée aux organismes épuisés par les veilles, action qui cesse dès que le repos a un peu relevé les forces. En outre, l'accoutumance est fréquente et marquée ; trois de nos cinq sujets maniaques les plus sensibles aux narcotiques l'ont présentée, c'est-à-dire plus de la moitié. Elle s'est montrée à des moments variables ; cédait à une élévation des doses, mais pour reparaître de nouveau sans obéir à une règle bien définie. Nous l'avons en vain combattue en portant successivement les quantités jusqu'à six grammes, limites extrêmes que je n'osai jamais franchir, bien que les sujets ne présentassent pas de phénomènes anormaux, car elles dépassent les moyennes indiquées. Pour triompher de cette assuétude, nous n'avons pas eu la ressource d'utiliser une persistance d'action ; le chloralamide, différent en cela du chloral et surtout du sulfonal, ne continue pas, après suppression, à exercer une action narcotique. A l'appui de nos assertions, nous rapporterons les cinq observations suivantes, les plus favorables que nous ayons recueillies dans l'insomnie agitée de la folie simple.

Observation XXI. — Edouard Gué..., 27 ans ; manie aiguë. Du 11 au 17 février, sans hypnotique, il y a en moyenne deux heures de sommeil avec une intermittence et très violente agitation le reste de la nuit. Du 17 au 22, avec trois grammes de chloralamide, il y a six heures de repos, le plus souvent sans interruption et trois heures d'agitation. La crise maniaque cesse brusquement à cette date pour reparaître le 18 du mois suivant avec une extrême violence. Durant l'intervalle de calme le malade dormait, sans hypnotique, de sept à huit heures consécutives. Du 18 au 20 l'insomnie agitée est complète. Du 20 au 24, l'agitation du malade est telle que la moitié de la potion se perd ; il n'y a que deux heures de repos et agitation le reste de la nuit. Du 24 au 3 avril, le malade prend le médicament, quatre grammes dans de la confiture ; la moyenne du sommeil est de cinq heures consécutives avec trois heures d'agitation ; néanmoins le repos est très irrégulier ; une bonne nuit est souvent intercalée entre deux mauvaises. Le 3 avril la crise maniaque cesse de nouveau tout à coup, mais cette fois définitivement.

Observation XXII. — Adolphe Ter..., 26 ans ; période expansive d'une folie circulaire. Du 12 au 16 février, deux heures d'insomnie interrompue et six heures d'agitation. Du 16 au 27, avec seulement deux grammes de chloralamide, il y a une moyenne régulière de sommeil de sept à huit heures, souvent sans intermittence ni agitation. Le médicament est suspendu pour contrôle. La première nuit le malade ne dort plus que cinq heures et s'agite tout le reste du temps ; la seconde nuit il dort seulement deux heures et l'agitation est de huit heures. Le chloralamide est alors repris à la dose de trois grammes, qui donne du 1er au 16 mars de sept à huit heures de sommeil comme auparavant. A cette date, apparition de l'accoutumance, car deux nuits de file il n'y a que deux heures de repos avec sept heures d'agitation ; la dose est portée à quatre

grammes et jusqu'au 28 les bons résultats précédents sont obtenus. Puis, nouvelle accoutumance nécessitant une dose de cinq grammes ; mais en dépit de cette élévation, du 29 mars au 18 avril il n'y a plus qu'une moyenne de quatre heures de repos avec cinq heures d'agitation. Du 18 au 26, on prescrit 6 grammes ; la moyenne du sommeil ainsi obtenu est de cinq heures avec trois heures d'agitation, mais de grandes irrégularités se produisent dans le repos, une bonne nuit étant intercalée entre deux mauvaises ; il est évident que l'accoutumance a fait son œuvre. Malgré la longue durée de la médication et les hautes doses employées, rien de particulier à noter.

Observation XXIII.— Emile Leg..., 55 ans ; lypémanie anxieuse. Trois heures de sommeil à peine avec intermittence et violente surexcitation le reste de la nuit. Du 18 au 25 mars, trois grammes de chloralamide lui p rocurent de neuf à dix heures d'un sommeil ininterrompu. Durant deux soirs le médicament est supprimé pour contrôle, mais imméd atement dès la première nuit, il n'y a plus que deux heures de repos avec sept heures d'agitation. Le chloralamide est repris à la dose de 3 grammes, de nouveau la moyenne du sommeil est du 28 au 4 avril de huit heures, avec une intermittence, une seule fois deux. Le 5 et le 6, l'accoutumance se montre, car le sommeil est seulement de quatre heures, tandis que l'agitation est de cinq. La dose est portée à quatre grammes et du 6 au 12 il y a derechef huit heures de repos avec une intermittence. Puis nouvelle accoutumance qui cède encore avec cinq grammes pour reparaître, céder une fois encore avec six grammes, puis revenir, dans des temps sensiblement égaux. Malgré la durée de la médication et les hautes doses prescrites, rien à signaler.

Observation XXIV. — Onésime Gar., 43 ans, lypémanie anxieuse. Le sommeil est à peine de trois heures avec une intermittence et l'agitation de six. Du 10 au 15 mai, avec trois grammes de chloralamide, il y a une moyenne régulière de huit heures de repos avec une intermittence et une heure d'agitation. Le médicament est supprimé pour contrôle. Le 15 et le 16 il y a encore six heures de repos avec une intermittence et trois heures d'agitation, mais le 17, trois heures seulement de repos et violente agitation le reste de la nuit; le 18 et le 19, encore moins, une heure de l'un et huit heures de l'autre. Le 19, le chloralamide est repris à trois grammes ; jusqu'au 17 juin cette dose procure une moyenne régulière de sept à huit heures de repos avec une intermittence et deux heures d'agitation. Le 2 et le 3, l'accoutumance se montre, car le sommeil est de quatre heures et l'agitation de cinq. Le 4, la dose est portée à quatre grammes et deux nuits de suite on obtient sept heures de sommeil et deux heures d'agitation, mais le 6 et le 7 l'accoutumance s'est de nouveau établie, car le sommeil est redescendu à quatre heures avec violente agitation le reste de la nuit. On prescrit alors cinq grammes et de nouveau pendant trois jours on obtient ainsi huit et neuf heures consécutives de repos sans aucune agitation. Puis troisième accoutumance combattue avec succès pendant quatre jours par des doses de six grammes. A ce moment une grande amélioration se produit dans l'état mental du malade. En présence de ce mieux la dose est ramenée sans inconvénient à quatre grammes pendant une semaine, puis supprimé le sommeil naturel étant revenu. En août un paroxysme court mais très violent, durant lequel l'insomnie agitée était complète celle-ci fut combattue pendant une semaine que ce paroxysme a duré par quatre grammes de chloralamide qui ont cette fois encore donné

chez ce malade de sept à neuf heures de repos ; jamais aucune indisposition.

Observation XXV. — Emile Riv.., 38 ans, lypémanie hypochondriaque. Deux heures d'un sommeil interrompu avec six heures d'agitation. Pendant quatre nuits, quatre grammes de chloralamide procurent sept et huit heures consécutives de repos. Le remède est supprimé pour contrôle : immédiatement l'insomnie agitée reparaît. De nouveau le chloralamide à quatre grammes donne pendant dix jours huit et neuf heures consécutives de repos. Mais le malade s'améliore et le sommeil naturel revient.

Nous n'avons eu occasion d'expérimenter le chloralamide que dans les deux cas suivants d'épilepsie et les deux malades y ont été réfractaires.

Observation XXVI. — Edmond Ser.., 28 ans, épileptique. Durant une crise de manie épileptique, du 15 au 17 août, l'insomnie agitée est complète. Avec quatre grammes de chloralamide pendant dix-sept jours on n'obtint jamais plus, encore pas chaque nuit, de deux heures de repos. Pas d'indisposition.

Observation XXVII.— Jules Tav.., 23 ans, épileptique. En août, du 5 au 6, lors d'une crise de manie épileptique, l'insomnie agitée est complète. Durant une semaine quatre grammes de chloralamide ne procurent même pas une heure de sommeil ; en outre le malade a de très nombreuses attaques qui mettent sa vie en danger. Dans ces conditions il est jugé prudent de renoncer au chloralamide pour recourir au bromure de potassium associé au quinquina, qui enraye en effet les convulsions.

Certes le chiffre de nos sujets épileptiques est mince, le hasard a voulu que des quatre-vingts épileptiques de mon service, seuls ces deux aient eu des crises assez prolongées pour permettre des essais concluants. Je ne suis pas surpris de ce double échec. Puisque le chloralamide est inefficace dans l'insomnie agitée de la folie maniaque, à fortiori le sera-t-il dans celle de l'épilepsie, la plus rebelle de toutes, et qui ne me paraît guère céder qu'aux injections d'atropine préconisées avec raison, à mon avis, par un de mes anciens internes, le Dr Bessières.

Six déments séniles ont pris du chloralamide, et, atteints d'insomnie calme ou agitée, tous les six s'en sont bien trouvés. Ils ont bénéficié d'un bon repos, régulier presque toujours sans intermittence, ni accoutumance. Bien que d'eux d'entre eux eussent 73 et 75 ans et prissent quatre grammes de médicament, jamais ni les uns ni les autres ne furent indisposés. Quelque encourageants que soient ces six cas, je fais pourtant des réserves, car la médication a été courte, ainsi qu'on le verra dans les observations qui suivent, comme si, ici encore, elle hâtait le retour du sommeil naturel et, d'un autre côté, ce qu'il me reste à dire de l'action sur le cerveau est de nature à inspirer une grande prudence.

Observation XXVIII. — Jean Nad..., 70 ans. Insomnie calme. Le malade dort à peine deux heures par nuit d'un sommeil inter-

rompu. Deux grammes de chloralamide pendant huit jours lui procurent de sept à huit heures de repos, après quoi le vieillard continue à bien dormir sans hypnotique. Rien de particulier à signaler.

Observation XXIX. — Amédée V..., 75 ans. Insomnie calme ; à peine deux heures par nuit d'un sommeil interrompu. Pendant cinq nuits quatre grammes de chloramide procurent six heures de repos, puis le malade est transféré dans son département.

Observation XXX. — Désiré Rem..., 73 ans. Insomnie calme, trois heures par nuit au maximum d'un sommeil interrompu. Quatre grammes de chloralamide pendant huit jours, procurent de huit à neuf heures de repos. Après, le malade dort bien sans hypnotique Rien de particulier à signaler.

Observation XXXI. — Albert Guil..., 78 ans. Insomnie agitée complète. Durant cinq nuits, avec quatre grammes de chloramide, il y a huit heures consécutives de sommeil. Le médicament est supprimé pour contrôle durant deux jours, mais l'insomnie agitée complète reparaît tout de suite. De nouveau pendant six jours quatre grammes de chloralamide procurent huit heures consécutives de sommeil, puis le calme étant survenu, ce vieillard dort bien sans hypnotique. Rien à signaler.

Observation XXXII. — Michel Du..., 65 ans. Insomnie calme. De deux à trois heures au plus d'un sommeil interrompu. Durant six jours quatre grammes de chloramide lui procurent sept à huit heures consécutives de repos. Le médicament est supprimé pour contrôle durant deux jours, mais immédiatement l'insomnie a reparu. Derechef quatre grammes de chloralamide, ramenant pendant une semaine huit heures de sommeil avec une intermittence, puis le malade dort bien sans hypnotique.

Observation XXXIII. — Clément Pra..., 66 ans. Ce vieillard a de très violentes crises d'agitation maniaque. C'est le seul cas des six où l'accoutumance se soit montrée. En mars, au cours d'un paroxysme, il repose à peine deux heures d'un sommeil interrompu et s'agite tout le reste de la nuit. Le 13, avec trois grammes de chloralamide, il dort dix heures consécutives, mais dès le lendemain il n'y a plus que trois heures de repos avec une intermittence et six heures d'agitation. Pour combattre cette rapide accoutumance, la dose est portée à quatre grammes et on obtient ainsi du 16 au 20 un sommeil régulier et continu de sept à huit heures. Le 21, nouvelle accoutumance ; le sommeil est de trois heures avec une intermittence et l'agitation de deux heures. La dose est élevée à cinq grammes. De nouveau il y a du 22 au 30 de sept à huit heures consécutives de sommeil, puis la crise prend fin. En mai, nouveau paroxysme. Du 6 au 9, tout au plus deux heures d'un sommeil interrompu et violente agitation le reste de la nuit. La surexcitation est plus vive que jamais ; aussi du 10 au 14, quatre grammes prescrits d'emblée ne donnent aucun résultat. Avec cinq grammes du 14 au 21, le sommeil est de six heures consécutives et l'agitation nocturne à peu près nulle. Le malade paraissant plus calme, la dose est abaissée à trois grammes, mais immédiatement l'insomnie reparaît et le 23 on revient à quatre grammes qui donnent, jusqu'au 27, de cinq à six heures consécutives de repos avec deux ou trois heures d'agitation. Le 28, l'accoutumance est de nouveau établie. Le sommeil est de deux heures avec vive surexcitation le reste de la nuit. Cinq grammes ramènent le sommeil durant quatre nuits, et au moment où l'accoutumance

semblait se montrer encore, la crise prit fin. Rien de particulier à noter.

Jusqu'ici, dans tout cela, rien de bien particulièrement intéressant.

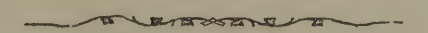
Le chloralamide se présente en hypnotique inoffensif, ne produisant même pas d'action physiologique, efficace dans quelques cas, inefficace le plus souvent. Mais avec la paralysie générale, l'aspect des choses change. Certes, à en juger par les seuls effets narcotiques, ce médicament serait précieux chez les paralytiques. En effet, dans vingt-sept cas de paralysie générale avec insomnie agitée — d'ordinaire le paralytique calme dort — j'ai eu vingt-deux succès et seulement cinq insuccès, soit, dans cette forme, la proportion favorable inespérée de 85 %, alors que dans les mêmes conditions elle n'avait été chez les vésaniques que de 26 %. Sans doute, tous les malades n'auront pas toujours un sommeil parfaitement régulier, quoiqu'ici encore les intermittences fussent rares, mais ces irrégularités furent beaucoup moins accentuées et surtout beaucoup moins fréquentes que dans la vésanie et, détail important, l'accoutumance fut à peu près absente. Sans doute aussi l'action somnifère chez nos paralytiques ne persiste pas après suppression ; qu'importe ! l'habitude ne se crée pas. Puis, ils n'eurent pas d'atteinte sérieuse portée aux fonctions de digestion, de respiration et de circulation. Un seul paralytique, traité nécessairement à trois, quatre et cinq grammes, présenta le trente-deuxième jour de la médication des symptômes d'intoxication caractérisés par de la diarrhée avec refroidissement : une potion astringente et cordiale aidée de frictions le remit sur pieds en quelques heures ; quatre cas de dérangement d'entrailles, sans gravité, vite guéris par les astringents, malgré la continuation du chloralamide qu'il est difficile dès lors d'accuser, surtout si on passe à la fréquence des indispositions chez les paralytiques à l'époque des grandes chaleurs où elles se produisaient : voilà les seuls troubles relevés. Mais alors, en quoi l'aspect des choses est-il changé ? Le voici : le chloralamide, tout en ne produisant aucune action physiologique spéciale, tout en laissant intactes les grandes fonctions et tout en procurant un bienfaisant sommeil, imprimerait une marche suraiguë à la paralysie générale qui évoluerait avec une rapidité presque foudroyante, comme fouettée par le remède, et cela dans l'effroyable proportion de 60 %.

Nous, nous avons eu dans nos services un plus ou moins grand nombre de ces paralysies générales à évolution rapide. Chez les infortunés, peut-être serait-il plus exact de dire chez les favorisés, atteints de cette variété du mal, la maladie qui, pour aboutir au marasme final met, en dehors de toute complication importante, une moyenne de près de deux ans, le malade arrive à sa phase ultime en quelques semaines ou quelques mois à peine. Les trois périodes existent, mais la première s'est à peine montrée que la seconde a déjà pris sa place et que voilà la troisième installée. La forme dépressive

à délire hypochondriaque spécial de M. Baillarger offre surtout cette évolution dans laquelle on retrouve, plus excessive et plus rapide, toute la gamme symptomatologique de la paralysie générale ordinaire. Je ne saurais fixer exactement dans quelle proportion on la constate ; néanmoins les médecins d'asile n'ont qu'à interroger leurs souvenirs ou leurs notes cliniques pour s'assurer de sa rareté, pour se convaincre tout au moins qu'elle n'est pas un fait journalier.

Or, nous commencions à peine à prescrire le chloralamide à nos paralysés généraux agités et à nous émerveiller de sa superbe action narcotique, que, chez trois d'entre eux, la maladie revêtit la forme suraiguë. Tout d'abord on n'y prit pas garde, les expériences continuèrent et quatre nouveaux cas se produisirent. Nous vîmes là une série malheureuse qui nous rendit plus réservés dans nos choix. En dépit de cette sélection la paralysie générale suraiguë se déclara quatre fois encore. Alors l'inquiétude nous prit. Il parut extraordinaire que le hasard de la clinique réunît ainsi dans mon service un nombre si considérable de folies paralytiques à marche rapide, et cela, exclusivement parmi les paralysés traités par le chloralamide. D'un autre côté, l'innocuité absolue du médicament non seulement chez des vésaniques agités, quelques-uns affaiblis par l'agitation, qui impunément pendant des semaines, parfois plus d'un mois, en avaient pris cinq et six grammes, mais aussi chez des vieillards de 73, 75 et 78 ans, qui en avaient absorbé quatre grammes sans dérangement, ni amaigrissement, ni affaiblissement ; cette innocuité nous rendait hésitants. Attribuer nos résultats à la période avancée où étaient déjà arrivés les malades ? Ils étaient en majorité des entrants frappés de fraîche date. A l'âge ? Le plus grand nombre n'avait pas quarante ans ou les avait à peine. Aux doses ? La marche suraiguë se montrait aussi bien avec trois qu'avec quatre, cinq ou six grammes. A la mortalité générale du service ? Pas même, car faible d'habitude, elle a été, cette année, plus faible encore. Mais ce qui surtout accroissait notre indécision, c'était d'une part l'absence radicale de toute action physiologique et de l'autre les sept, huit et même neuf heures de sommeil versées par le chloralamide aux paralytiques qui, le mot est exact, fondaient sous nos yeux. Etait-il logique de s'en prendre à un remède qui ne trahissait son influence nocive par aucune perturbation spéciale, mieux encore, qui faisait si bien dormir. Alors la médication fut continuée et nous eûmes grand tort, car d'autres cas suraigus se produisirent. Cette fois notre conviction était assise et bien assise. Malgré son innocuité apparente et sa remarquable action narcotique dans la paralysie générale, le chloralamide nous apparut le vrai coupable.

(*A suivre.*)



BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ (1)

Janvier 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes du service.

Nº 18, Clotilde L., 17 ans. *Opération chirurgicale faite en période léthargique.*

A la suite d'une piqûre de morphine faite pour calmer des douleurs névralgiques, cette malade fut atteinte d'un abcès de la grosseur d'une amande au bras droit, dans la partie externe. Au bout de quelques jours la fluctuation devint manifeste, et l'incision des téguments fut indiquée. On profita de son aptitude à l'hypnotisation pour lui donner la suggestion de s'endormir et la placer en léthargie. La malade étant en résolution complète, une incision de 2 centimètres environ fut pratiquée pour donner issue au pus. L'anesthésie étant complète, aucune réaction ne se manifesta ; les traits de la face restèrent immobiles, et son bras n'indiqua pas le moindre mouvement de retrait consécutif à la douleur. Un pansement phéniqué ayant été appliqué sur la plaie, la malade fut réveillée par les procédés habituels et en reprenant connaissance elle fut toute étonnée de voir que l'opération était terminée. Deux jours après, la cicatrisation était complète et la malade a pu reprendre son service de sujet transfert.

Au point de vue de son état hystérique, l'amélioration se maintient.

Nº 23. Yvonne C., 22 ans. *Morphinomanie. Hystérie.*

L'amélioration continue. Sous l'influence de la médication suggestive et du sommeil, l'état de la malade s'améliore très notablement. Les forces générales reprennent, et les doses de morphine sont diminuées. Néanmoins on est encore obligé de ne procéder qu'à l'aide d'oscillations alternatives.

(1) Ce bulletin fait suite au bulletin nº 12 de la *Revue d'Hypnologie.*

N° 17. Marie C., 33 ans. *Méningo-encéphalite.*

Sous l'influence des traitements variés, de révulsifs, de toniques, combinés avec l'électricité et les transferts, l'état de cette malade s'est très notablement amendé. Elle avait à son début les manifestations somatiques très nettes de la paralysie générale.

Impotence motrice des extrémités inférieures, impossibilité de se servir de ses mains, de se tenir assise — sensations de tournoiement — tremblement de la parole — insomnie. Elle commence actuellement à pouvoir marcher, elle peut même descendre un escalier soutenue par un bras, elle peut se servir de ses mains pour s'alimenter; la parole est devenue plus nette et elle a conscience de sa reconstitution physique.

N° 22 Eugénie W., femme de chambre, 26 ans. *Anesthésie générale. Paralysie de la sensibilité musculaire.*

L'amélioration commencée continue. Cette jeune femme sent ses forces revenir. Il y a encore une légère obtusion de la sensibilité cutanée perceptible au toucher, mais néanmoins elle a conscience de sa force musculaire. Et comme elle dit : elle se sent revivre. La nutrition générale est meilleure, et la coloration de la face est rosée.



Salle Louis (hommes).

Malades anciens du service.

Louis G., 24 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires. Tremblement du tronc.*

L'amélioration continue sous l'influence de la même médication. Le malade va et vient dans la salle. Le tremblement du tronc est très notablement atténué. Il se sert convenablement de ses mains et constate avec satisfaction l'amélioration de sa santé.

N° 26. D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Aucun changement notable n'est à signaler dans l'état du malade qui est néanmoins modifié ; il peut se remuer plus aisément et commence à s'asseoir.

N° 2. Jean M. *Ataxie locomotrice. Morphinomanie.*

Les douleurs fulgurantes qui avaient nécessité l'emploi de piqûres de morphine sont très notablement diminuées. La marche est plus assurée, le malade se sent plus fort ; il se propose de quitter l'hôpital.

Consultation externe.

François G., 59 ans. *Paralysie agitante.*

Ce malade, atteint d'ancienne paralysie agitante, avait été très amélioré sous l'influence d'un traitement assidu qu'il avait fait dans le service pendant plusieurs semaines consécutives. Les forces générales étaient très notablement revenues ; il avait récupéré la possibilité de se tenir plus droit et de marcher avec aisance. Le tremblement des mains, quoique persistant, était très notablement amélioré. Au moment de la période des froids que nous venons de traverser, il fut pris d'une bronchite aiguë qui le força à garder la chambre pendant plusieurs semaines et à interrompre son traitement. Mal lui en prit, car lorsque nous le revîmes, il se sentait affaibli comme il le disait, et le tremblement des mains avait reparu avec une nouvelle intensité.

Le traitement par les transferts et les miroirs a été immédiatement repris et depuis les cinq séances qu'il a faites, le malade se sent déjà notablement amélioré.

Rémy P., 34 ans. *Gastralgie. Hypochondrie.*

Ce malade, qui avait suivi, il y a 2 mois, un traitement régulier par les transferts et les miroirs pour des douleurs indéterminées siégeant au creux épigastrique, avait été très notablement amélioré. Obligé d'interrompre le traitement, les crises gastralgiques ont reparu et il vient de nouveau se faire traiter et se trouve satisfait des résultats obtenus.

C., Prudence, 55 ans. *Névralgie faciale avec tic douloureux. Guérison rapide.*

Il y a 4 ans que cette femme souffre d'une névralgie de la face du côté gauche, accompagnée d'une contracture consécutive à la douleur avec impossibilité de mastiquer. Après avoir employé tous les remèdes usités en pareille circonstance, elle est venue nous consulter. A la première séance de transfert que je lui fis moi-même, elle constata une secousse insolite dans les nerfs de la face, et le jour même elle sortit satisfaite et guérie de la névralgie. Le sujet transfert avait pris le mal de la malade sous forme de contracture faciale. Deux jours après, le mal était revenu, même traitement suivi d'amélioration. Mais l'effet ne fut pas aussi subit et la malade a été obligée de venir pendant trois semaines pour continuer son traitement. Actuellement, si la guérison n'est pas encore complète une amélioration très notable s'est manifestée.

Lucie P., 40 ans. *Etourdissements. Vertiges. Epilepsie.*

Depuis son enfance, cette malade dit qu'elle a été sujette à avoir des vertiges et des étourdissements. La menstruation a commencé à 14 ans d'une façon irrégulière ; elle avait quelquefois des périodes de suppression qui duraient trois mois. Mariée à 20 ans, sa santé s'améliora et le vertige et les étourdissements diminuèrent. Elle eut une fille qui jouit d'une bonne santé. Depuis 14 ans les accès de vertiges ont recommencé avec quelques attaques convulsives rares et de moyenne intensité. L'action du bromure n'a pas produit d'amélioration dans son état. Depuis deux mois qu'elle vient dans le service, elle est soumise à l'action des transferts et elle constate une amélioration très notable. Les vertiges et les étourdissements ont diminué d'une façon très accentuée.

Sophie S., 59 ans. *Accidents cérébraux. Blépharospasme.*

Il y a quinze mois cette malade fut prise d'attaques de sommeil qui la prenaient à toute heure de la journée. Elle succombait sans pouvoir résister et sentait en même temps des douleurs dans tous les membres. Pendant 15 jours de suite elle ressentit ces douleurs. Elle eut alors une congestion cérébrale suivie de douleurs dans les bras et les jambes. Peu à peu ses paupières se crispèrent et elle ne pouvait parvenir à les ouvrir, même lorsqu'elle marchait. C'est en effet ce que l'on constate, les paupières sont contracturées, animées de mouvements fibrilleux et plaquées sur les globes oculaires en ne s'ouvrant que très difficilement. Cette malade, qui avait employé sans résultat le traitement électrique, fut soumise à l'action des miroirs et des transferts. Quoique le traitement ne soit pas suivi régulièrement, les quelques séances qui ont été faites ont déjà amené une amélioration très notable.

Berthe L., 20 ans. *Hystérie. Goître exophtalmique. Suggestion.*

Cette jeune fille a eu à un an des convulsions au moment de la dentition, puis une fièvre cérébrale. La menstruation parut à 16 ans d'une façon irrégulière et à partir de ce moment un état de névrosité se développa chez elle sans cause connue ; au milieu de la journée elle tombait en un état cataleptique. Le réveil s'opérait de lui-même. Peu à peu, depuis trois ans, cet état cataleptique se compliquait de crises convulsives avec palpitations, sensations de strangulation et d'étouffements à la gorge. L'appétit était disparu et un amaigrissement très notable s'en était suivi. La maladie, après avoir pendant 3 mois cessé de se manifester, a repris bientôt.

Au moment où cette malade vint nous consulter, elle accusa des anxiétés cardiaques, des terreurs subites et une émotivité extrême et en même temps quelques crises convulsives sous forme de petites décharges localisées dans la région dorso-

lombaire. Il y avait en même temps un large degré d'exorbitis avec état larmoyant des conjonctives ; de plus, une bouffissure considérable de la peau des joues qui étaient colorées d'une teinte violacée et froide. — La figure de cette malade représentait exactement le facies d'une personne frappée de strangulation. Il y avait en même temps chez elle un certain degré de gonflement de la région thyroïdienne. Nous lui fîmes immédiatement le transfert et après le transfert, je pratiquai le sommeil hypnotique qui fut facile à déterminer. Avant de la réveiller, je lui donnai la suggestion d'opérer le dégorgement de ses joues, de n'avoir plus d'attaques, d'être plus maîtresse d'elle-même, et de ne plus avoir de vaines terreurs. Chose bien remarquable, cette influence de la suggestion sur la circulation vaso-motrice de la peau de la face s'exécuta ponctuellement et 10 minutes environ après le réveil de la malade, les personnes qui suivaient l'opération furent surprises comme moi de la modification rapide qui s'était opérée dans la circulation des joues. — De turgides, de violacées qu'elles étaient préalablement, elles ètaient devenues pâles et relativement exsangues, et la malade était toute étonnée de ce résultat imprévu. Deux jours après cette amélioration s'était maintenue : L'exorbitis a diminué, l'état mental de la malade est très notablement remonté ; elle a plus confiance en elle-même. Elle est souriante et se montre satisfaite de son état.

Jules D., 34 ans. *Palpitations nerveuses, Coloration très intense de la face. Anxiétés cardiaques. Insomnies.*

Ce jeune homme très impressionnable, inoccupé, issu de parents nerveux, est atteint depuis de longues années, de palpitations cardiaques avec étouffements, impossibilité de dormir horizontal. Sa figure est d'un rouge diffus, les joues, le front, les oreilles ont la même teinte uniforme. La peau du cou et du tronc est blanche ; il n'y a pas d'œdème sous-cutané, pas d'autres troubles circulatoires ailleurs. Les battements du cœur sont rapides, facilement frappés et sans bruits anormaux.

On constata au moment de son arrivée 118 pulsations. On fit immédiatement le traitement par le transfert, le sujet transfert fut atteint de perturbations circulatoires de même nature avec gonflement du cou et rougeur de la tête ; l'amélioration fit des progrès rapides. Au bout de quelques séances, le nombre des pulsations était tombé à 78. Le sommeil était revenu, les anxiétés ont disparu et au bout d'un mois, sans avoir fait un traitement complètement régulier, le malade se considère comme à peu près guéri.

VARIÉTÉS

—

LE LÉTHARGIQUE DU BOULEVARD DES CAPUCINES

Hier soir, vers dix heures un quart, un attroupement s'était formé, en face le Grand Hôtel sur le boulevard des Capucines, autour d'un banc où était assoupi, la tête penchée sur la poitrine, un garçon de seize ans, vêtu d'un grand manteau bleu marine et coiffé d'une casquette d'étoffe.

Le jeune homme avait le visage pâle et les yeux clos. Plusieurs passants crurent qu'il avait cessé de vivre.

Des gardiens de la paix accoururent et secouèrent le malheureux, qui demeurait inerte. Enfin on observa sur la poitrine de l'inconnu un papier plié en quatre, et en l'ouvrant on y lut ces mots : « Soufflez-lui dans les yeux. »

Aussitôt l'un des agents se mit en devoir d'obéir à cette prescription. Le jeune homme se réveilla et, tout confus, remercia ceux qui lui avaient prêté aide.

Il déclara ensuite qu'il était sujet à des crises d'assoupissement qui paralysaient chez lui, sans qu'il pût y remédier, toutes ses facultés physiques. Il était obligé, dès que l'un de ces accès s'emparait de lui, de s'asseoir pour ne point courir le risque de tomber. Aussitôt le sommeil le prenait et son réveil était à la merci de la complaisance d'un passant obligeant.

Ce jeune homme a pu regagner tout seul son domicile. (*Gil Blas*, 28 janvier 1891.)

—

Un cas de sommeil assez rare vient d'être constaté chez un logeur de la rue Gambetta, à Reims.

Le mercredi 21 janvier, une jeune domestique, âgée de 22 ans, nommée Louise Béguin, née à Oru (Orne), de passage à Reims, vint loger chez M. Matile, dans la soirée ; elle se coucha aussitôt.

Depuis, elle ne s'est pas réveillée.

Elle a été transportée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, où elle a été admise aussitôt.

—

Il y a des personnes qui prétendent que, dans les maux de dents, on retire un grand avantage de l'application d'un aimant artificiel sur la dent gâtée. Nous n'entreprendrons point d'expliquer comment il agit ; mais puisqu'il a réussi, quoique dans des cas particuliers, il mérite certainement qu'on l'essaie, n'entraînant aucune dépense, et ne pouvant faire aucun mal. (*Médecine domestique*, par G. Buchan M. D. du Collège royal des médecins d'Edimbourg, traduction Duplanil. Tome 3, p. 110, Paris, 1780.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

LA MÉLANCOLIE PÉNITENTIAIRE

Par le Dr DE PIETRA SANTA

Lauréat de l'Institut. (Académie des Sciences.)

M. le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre, a publié dans les *Annales médico-physiologiques* (t. XII, nº 1) un travail des plus intéressants sous ce titre : *Mélancolie spéciale aux délinquants prévenus ou condamnés.*

Cette grave question de la Folie *née dans les prisons*, ayant donné lieu, il y a quelques années, à d'ardentes polémiques, et M. le Dr Charpentier me paraissant apporter à sa solution un contingent très sérieux d'arguments, je viens la traiter avec tous les développements qu'elle comporte.

Dans une première partie, j'exposerai, avec toute l'impartialité désirable, les deux opinions contraires : Lélut et Sauze d'une part, de Pietra Santa et Collineau de l'autre ;

Dans une seconde partie, je ferai connaître les observations cliniques de M. Charpentier, et les conclusions qu'il en tire, en laissant aux lecteurs le soin de juger si, réellement, elles sont aussi favorables à ma thèse que je le suppose.

I

C'est à l'occasion du bon fonctionnement à Mazas, du régime de l'emprisonnement cellulaire, que Lélut, dans une série de

rapports officiels, souleva, le premier, le problème. Il voulait bien reconnaître que, dans toute vie prisonnière, par des raisons tirées de la nature même de cette vie, le chiffre des aliénés est plus considérable que dans la société libre et honnête ; mais, pour rester fidèle à ses convictions, il affirmait « que l'emprisonnement *individuel* est beaucoup moins meurtrier, pour le corps et pour l'âme, que l'emprisonnement *collectif* ».

Les données statistiques étaient ainsi résumées :

Dans la vie libre : 2 aliénés sur 1,000 individus.

Dans la vie prisonnière : prisons en commun : 3, 4, 5, 6 et même 15 °/₀₀ ; prisons cellulaires : 2, 3, 5 °/₀₀ au plus.

« Cela doit être, ajoutait le savant académicien, car toutes les conditions de l'incarcération individuelle sont égales ou supérieures à celles du vieil emprisonnement : égales, l'alimentation, le vêtement, l'exercice en plein air ; supérieures, l'habitude d'une cellule spacieuse et bien aérée, la liberté de prendre du mouvement dans l'intervalle des travaux, l'absence des excitations au vice, à la maladie. »

Sauze, de Marseille, basait son mémoire : *Recherches sur la folie pénitentiaire*, sur 44 observations d'aliénation mentale, ou d'imbécillité (à divers degrés), recueillies pendant deux ans dans la prison cellulaire de la Cité phocéenne, sur un personnel de 2,400 détenus, et arrivait à ces conclusions :

« 1° Les causes de la folie pénitentiaire sont, en général, indépendantes de l'emprisonnement, quel que soit le système suivi ;

« 2° L'aliénation mentale est le plus souvent antérieure à l'entrée dans la prison, et même au jugement ;

« 3° Quand elle se développe dans la prison, elle est, même alors, le résultat de causes quelquefois étrangères à l'emprisonnement ;

« 4° Les causes les plus nombreuses de la folie pénitentiaire sont inhérentes au prisonnier et non à la prison ;

« 5° Les cas de folie qui se déclarent dans la prison ne sont pas dus à l'influence seule de l'incarcération : ils reconnaissent diverses causes de débilitation générale et surtout l'insuffisance du régime alimentaire. »

Pour ne pas avoir à revenir sur ce travail, je dirai de suite que ces conclusions sont trop absolues, qu'elles reposent, d'ailleurs, sur un nombre très restreint de cas, et pendant une trop courte période d'observations. Sauze paraît méconnaître l'existence de la folie dans l'*ambiant* prison (quel que soit d'ailleurs le système d'incarcération), et fait jouer aux cau-

ses *prédisposantes* un rôle trop considérable, en laissant complètement dans l'ombre les causes *occasionnelles* sous la dépendance du séjour dans la prison.

II

En réponse aux assertions et affirmations de Lélut, dans mes *Etudes sur Mazas et l'emprisonnement cellulaire*, je disais que ses statistiques étaient très contestables ; et au lieu d'aller chercher, comme lui, des renseignements à Loos et à Hagueneau, je lui opposais les chiffres suivants enregistrés dans des prisons de la Seine soumises aux deux systèmes d'emprisonnement :

Maisons en commun : Vieille force..	1840-49	4.70	p. 1000
— Madelonnettes	1850-54	3.15	—
Maisons cellulaires : Mazas........	1850-54	2.95	—

Comme on le voit, ces chiffres, recueillis dans un même milieu et pour la même période, 3.15 p. 1000 d'une part, et 2.95 p. 1000 d'autre part, sont très rapprochés et s'éloignent beaucoup des chiffres 6 et même 15 signalés plus haut.

Si même, au lieu de les prendre en bloc, on les analyse, on les interprète avec soin, il est facile de s'assurer d'une manière formelle :

1° qu'à Mazas (prison cellulaire) il y a eu des cas de folie, bien constatés, nés dans la prison ;

2° qu'aux Madelonnettes (prison en commun), à quelques exceptions près, les fous viennent du dehors : la maladie ne se développe pas dans la maison.

Quoi qu'il en soit, je n'attache que très peu d'importance à la Statistique, par cela même qu'elle ne peut, à elle seule, résoudre la question de l'aliénation mentale. Effectivement, si partisans et adversaires d'un système connaissent le nombre des aliénés qui passent dans une prison, au cours d'une année ou période, aucun d'eux n'est en mesure de tracer l'histoire de la santé du détenu, *avant*, *pendant* et *après* l'incarcération ; d'où découle l'impossibilité de déterminer, avec précision, si le trouble cérébral est antérieur à l'encellulement, ou s'il en constitue le résultat immédiat (1).

(1) Personne n'ignore que dans les prisons de la Seine, tous les envois, comme tous les transfèrements, se font sur l'ordre des Bureaux de la Pré-

Dans ces conditions, inhérentes à l'organisation intérieure et administrative, c'est l'observation clinique et médicale seule qui permet d'affirmer : *l'existence de cas d'aliénation mentale, nés et développés dans la prison*. Cette étiologie est confirmée, à son tour, par la thérapeutique qui, elle, montre la possibilité d'amender les premières manifestations de la folie, et de combattre les symptômes morbides subséquents par l'heureuse influence du transfèrement du malade dans une cellule double avec un co-détenu, dans les salles en commun de l'infirmerie, dans une maison de santé spéciale, ou dans un asile d'aliénés !

A l'appui de cette thèse, je ne craindrai pas de transcrire ici la description *de visu* que je faisais, en 1854, de l'arrivée d'un prévenu ou d'un condamné dans la prison de Mazas, et des premières heures de son séjour dans la cellule (A).

Cette description sera suivie des observations faites, en 1870-71, à Mazas et à la prison de La Santé, sur deux catégories de personnes, les *otages de la Commune* et les *détenus politiques*, et qui toutes mettent en pleine évidence *le supplice moral de la cellule* (B et C).

« *A.* — Le moment où le détenu voit se fermer sur lui la porte de la cellule produit une impression profonde sur l'homme qui a reçu de l'éducation, comme sur celui qui a toujours vécu dans l'ignorance ; sur le criminel comme sur l'innocent ; sur le prévenu comme sur le condamné. Cette solitude, l'aspect de ces murs, ce silence absolu l'effrayent et le confondent ; s'il a de l'énergie, s'il possède une âme forte et bien trempée, il résiste, et peu de temps après il demande des livres, de l'occupation, du travail.

« Si c'est un être faible et pusillanime, il se laisse abattre : insensiblement il devient taciturne, triste, morose ; bientôt il refuse ses aliments, et s'il ne peut occuper ses mains, il reste de longues heures immobile sur son escabeau, les bras appuyés sur la table, les yeux fixés sur elle ; quelques jours encore, et la promenade ne sera plus un besoin pour lui, les visites des aumôniers ne le soulageront guère, et les paroles du médecin ne le tireront pas de ses rêveries.

fecture de Police, sans consulter ni directeur ni médecin de la prison. Parfois, pendant qu'un détenu est soumis à l'observation médicale, pour des manifestations cérébrales inquiétantes, il est transféré, sans avis préalable, soit dans une autre prison, soit dans une maison de santé, soit à Bicêtre ?

« Selon les degrés de son intelligence, selon ses habitudes, sa manière d'être, la monomanie prendra une forme érotique ou religieuse, gaie ou triste.

« Les affections dépressives sont les plus ordinaires, mais à côté des mélancolies les mieux caractérisées, nous avons vu l'exaltation la plus complète.

« Cependant, dans les moments de calme ou d'intermittence, ces malheureux répondent parfaitement aux demandes qu'on leur adresse ; souvent même il faut un interrogatoire minutieux pour déterminer le point sur lequel leur esprit divague et se perd.

« De pareils troubles de l'intelligence sont inhérents au système, ils prennent naissance sur des individus qui jouissaient antérieurement d'une parfaite santé, qui n'avaient aucune prédisposition héréditaire ou acquise, et, de plus, ils sont facilement modifiés, aux débuts, par un traitement convenable. Ils disparaissent avec la cause première. Nous avons signalé, en son temps, l'heureuse influence de la cellule double, de la distraction, de la société, des promenades, de l'envoi à l'infirmerie de la prison, du transfèrement dans une prison en commun, ou, mieux encore, dans une maison de santé. »

Ce tableau a été visé, *ne varietur*, par l'un des hommes d'Etat les plus illustres de notre époque. Conduit à Mazas la nuit du Coup d'Etat, il s'est obstinément refusé à franchir le seuil de la cellule qui lui était destinée. En présence de cette exaltation d'esprit, et de cette perversion subite d'une grande intelligence, le Directeur de la prison s'est senti ému et désarmé, et avant même de prendre de nouveaux ordres à la Préfecture de Police, il a offert au futur Président de la République son appartement particulier, où des soins empressés lui ont rendu le calme et la résignation !

B. — Dans l'enquête officielle sur les prisons de la France, provoquée en 1884 par M. le Ministre de l'Intérieur, M. le Dr de Beauvais, médecin en chef de Mazas, s'exprime en ces termes :

« L'expérience, aussi rare qu'exceptionnelle, des prisonniers enfermés à Mazas en 1871, sous la qualification d'*otages*, m'a permis d'apprécier nettement l'influence du régime cellulaire sur des cerveaux sains, parfaitement organisés, sur des intelligences de premier ordre, que ne surexcitaient ni le remords, ni le vice, ni le crime, ni la crainte du châtiment.

» Parmi ces otages se trouvaient des magistrats élevés, des prêtres éminents, des médecins, un employé supérieur des

prisons ; tous se plaignaient hautement de la cellule, de l'isolement absolu dans lequel on les maintenait arbitrairement. L'un deux me disait : « Je perds l'habitude de la parole ; lors-« qu'on me questionne, j'éprouve de la difficulté à m'exprimer, « je suis comme abruti, anéanti ; je n'ai qu'une consolation, « la lecture, et encore mes yeux se fatiguent-ils vite par cette « lumière diffuse et insuffisante qui vient par les vitres canne-« lées de la fenêtre. »

» Or, il est prouvé, ajoute-t-il, que les gens cultivés supportent mieux l'isolement que les illettrés et les esprits grossiers ; on comprend alors l'influence que peut avoir sur ces derniers la solitude pénible de la cellule, et l'abandon du prisonnier à lui-même, sans travail, sans ressources intellectuelles, sans consolation venant du dehors ! »

C.— Ces faits et ces observations invoqués par M. de Beauvais, et pouvant être regardés comme de véritables *photographies* morales des otages de la Commune, concordent parfaitement avec ceux que j'ai recueillis à cette époque de tristesse et de deuil, sur la catégorie des *détenus politiques*, pendant les événements qui ont précédé le 4 septembre 1870, et pendant ceux qui l'ont suivi.

Les personnes incarcérées à la prison de La Santé, appartenaient sans conteste aux classes libérales et intelligentes de la Société. Placées à la tête du mouvement, instruites, énergiques, elles ont affronté la mort sur les barricades, n'ont pas reculé devant les horreurs de la guerre civile, ont subi plus tard avec une résignation stoïque le séjour dans les casemates de Satory, et sur les pontons de la Nouvelle-Calédonie.

Et pourtant, ces hommes dans la force de l'âge et du talent, n'ont pu supporter, sans murmures et sans protestations, la vue d'une cellule de la prison de La Santé.

Chacun a manifesté ses impressions, selon son caractère et son tempérament, mais tous, sans exception, entre les quatre murs du cabinet médical, m'*ont prié* de mettre promptement un terme à ce *supplice moral*, et d'accord avec le Directeur de la prison, tous ont été placés dans des cellules doubles, ou reçus dans les salles en commun de l'infirmerie.

Pour la catégorie des *otages* internés à La Santé, nos observations concordent, de même, pleinement avec celles de notre excellent collègue M. de Beauvais, et nous nous bornerons à rappeler les paroles de l'illustre et toujours très regretté Géné-

ral, qui avait été traîné dans le quartier cellulaire de la prison de La Santé dans un moment de folie populaire :

« Il y a dans la vie d'un homme des situations pénibles dont le souvenir ne s'efface jamais ! »

Les proportions que prend cet article ne me permettent pas de résumer ici le brillant rapport fait par Collineau à l'Académie de médecine en avril 1856 : *Sur l'influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.*

Le savant médecin de Saint-Lazare, fort d'une expérience de plus de 40 ans, y combat avec énergie les assertions de M. Lélut. « Il est certain pour nous, écrit-il, que le mode d'emprisonnement collectif ne donne pas lieu à l'aliénation mentale, plus que la vie sociale ordinaire, mais il n'en est pas de même de la détention cellulaire. Et sur ce point, nous en appelons à M. Lélut lui-même, puisqu'il avoue que dans la prison cellulaire, il se manifeste jusqu'à 5 aliénations sur 1,000 individus : aveu bien remarquable et qui pourrait nous dispenser d'aller plus loin. »

Cependant il ajoute : « M. Lélut prétend que l'emprisonnement individuel est moins meurtrier pour le corps, et pour *l'âme*, que l'emprisonnement collectif.

« Nous ne savons pas trop ce que c'est que cette âme que l'emprisonnement collectif tue, ni, si l'on peut tuer une âme quelconque ; mais nous savons ce que sont, et ce que produisent les privations morales auxquelles on soumet les individus condamnés à la détention individuelle. »

Si je ne m'abuse, les citations et réminiscences qui précèdent sont dignes d'être prises en sérieuse considération, et méritent de figurer dans la conclusion finale que je compte livrer de cette étude, après avoir signalé le mémoire du Dr Charpentier auquel je laisse désormais la parole.

III

« Certains faits de *mélancolie* survenus chez des individus prévenus ou condamnés, nous ont paru présenter entre eux un ensemble de caractères assez analogues pour pouvoir être réunis dans une description commune.

« La forme à laquelle nous faisons allusion consiste essentiellement en une forme mélancolique : la tristesse, l'abattement, l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse, le désespoir, en constituent le fond, et parfois la torpeur, une espèce de faux remords, le refus d'aliment, ou des idées de suicide, des idées

morbides de persécution ou de nature mystique viennent s'y adjoindre ; il n'est pas rare, non plus, d'y trouver des jugements faux portés par ces sujets sur la véracité ou l'importance du délit commis, sur les poursuites dont ils ont été l'objet, sur la sentence rendue, sur les traitements qu'ils ont subis, soit pendant la prévention, soit après la condamnation ; fort souvent la manie raisonnante, la faiblesse du sens moral se font remarquer ; mais le caractère le plus saillant consiste dans un mélange en proportions variables de sincérité et de simulation, et ce n'est qu'après une observation très prolongée de pareils sujets, que nous avons pu nous rendre compte combien facilement pouvait être surprise la bonne foi et la science des médecins chargés de leur examen s'ils n'avaient pas, par devers eux, tous les renseignements exacts et si leur observation n'était pas suffisamment prolongée et variée.

« Nous examinerons d'abord les sujets chez lesquels apparaît cette mélancolie, puis son développement et ses caractères, le degré de gravité qu'elle peut atteindre » et les questions à résoudre quand la guérison se manifeste.

« Ce n'est pas chez des sujets ayant subi plusieurs condamnations qu'elle apparaît ordinairement. Dans ces cas, la mélancolie perd de ses caractères propres et de son importance, car elle est masquée par les idées de persécution, le caractère haineux et agressif, l'instinct vicieux, l'absence de sens moral et les raisonnements faux de ces sujets. Au contraire, elle apparaît le plus souvent à propos d'une première prévention ou d'une première condamnation ; le délit qui est l'occasion de son développement est en général d'une certaine gravité, ou en tout cas capable d'entraîner une pénalité assez sévère ; ces sujets sont encore jeunes, ou n'ont pas dépassé la vigueur de l'âge ; ils appartiennent souvent à un entourage respectueux des lois sociales et, à part le point délictueux, ont mené une conduite assez régulière, même lorsqu'il s'agissait de délits continus ou successifs.

« Les délits les plus fréquents sont des tentatives de meurtre, des abus de confiance, des outrages aux mœurs, et, chez les militaires, des insultes aux supérieurs ou des désertions.

« De tels sujets arrivent dans notre service, soit que la folie ait apparu après la condamnation, soit que son développement pendant la prévention ait suspendu le jugement, ou abouti à une ordonnance de non-lieu.

« En résumé, dans leur attitude, dans leur regard, dans leur voix et dans leurs réponses, il n'y a pas cet ensemble qui correspond au cynisme du simple vicieux ou du criminel endurci, ni à la naïveté et à la contradiction si fréquentes chez le vrai mélancolique, ni au débit rapide ou à la réserve froide et orgueilleuse du vrai persécuté, non plus qu'à l'absorption dans ses pensées mystiques du délire religieux.

« Nous sommes donc, à n'en pas douter, en présence de délinquants tombés dans un état mélancolique et qui, suivant notre attitude indulgente ou défiante, passent rapidement à l'état de calme ou, au contraire, d'excitation et nous sommes toujours ramenés, en définitive, à l'attitude indulgente, par crainte d'aggravation de cette excitation. Des observations répétées et prolongées nous permettent de croire que la relation entre l'état de calme de ces malades et leur confiance dans notre intervention favorable n'est pas une illusion de notre part ; car parfois des incartades de ces malades, en attendant leur mise en liberté, nous ont obligés à les admonester sévèrement, à nous montrer défiants vis-à-vis d'eux et déjà les anciens troubles mentaux ont fait, à nouveau, leur apparition pour cesser par l'emploi des mêmes procédés d'indulgence.

« Mais qu'il y ait ou non rechute, que la mise en observation après la disparition de ces symptômes soit plus ou moins prolongée, une même question finit par s'imposer : celle de la guérison. Nous finissons toujours par la certifier, mais au prix de quelles hésitations ; car nous nous demandons toujours de quoi sont guéris ces malades que nous déclarons guéris : les uns sont guéris de l'état de tristesse dans lequel ils étaient tombés, état dont ils avaient saisi, en y tombant, l'importance ainsi que les moyens à en tirer pour faire excuser ou atténuer leur culpabilité ; d'autres, faussement conseillés, espèrent même en bénéficier pour expliquer que leur délit était dû à la folie, puisqu'ils ont été, disent-ils, reconnus fous après le délit. »

« M. Charpentier résume les considérations qui précèdent dans les conclusions suivantes :

« Il y a lieu d'admettre, chez certains prévenus ou condamnés, une mélancolie spéciale, non antérieure au délit commis, et sans rapport avec ce délit, liée intimement à la crainte des effets de la condamnation.

« Cette mélancolie consiste dans un mélange d'éléments

vrais : crainte, tristesse, désespoir ; et d'éléments surajoutés : irritation et confusion intellectuelle pouvant tendre vers la mélancolie suicide.

« Elle s'associe, d'ordinaire, à une faiblesse du sens moral et à de la fourberie.

« Elle disparaît rapidement, dès que le sujet a des raisons d'espérer sa mise en liberté.

« La relation intime entre son amélioration et l'espoir de liberté et, au contraire, entre son aggravation et la privation de cet espoir, explique les guérisons promptes et les rechutes de cette mélancolie.

« Ces rechutes rendent compte des contradictions apparentes entre le médecin qui examine le sujet dans la prison, et celui qui l'examine dans un asile spécial.

« Elle ne devrait pas être considérée comme un élément d'atténuation de la peine.

« Les malades qui guérissent de cet état mélancolique, survenu dans ces circonstances, terminent souvent par la manie raisonnante, conservent ordinairement de la haine pour les institutions sociales de leur pays, et une grande tendance aux idées révolutionnaires. »

IV

Loin de moi la pensée de commenter l'exposé si clair, si méthodique de mon savant confrère de Bicêtre. Je laisse aux lecteurs le soin de rapprocher certains passages de sa symptomatologie, de celle que j'esquissais en 1854, en parlant des premiers effets de la cellule sur les personnes qui y pénètrent pour la première fois, et je termine cette étude par cette conclusion finale :

Il existe réellement des folies pénitentiaires (nées dans *l'ambiant* prison) dont les mélancolies spéciales signalées par le Dr Charpentier ne sont que les manifestations initiales de troubles cérébraux plus graves.

Dr de PIETRA SANTA.

FOLIE HYSTÉRIQUE CRITIQUE

(POLYVÉSANIQUE)

Par M. le Dr Paris,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle.

Les hystériques démonopathes sont devenues de plus en plus rares depuis les grandes épidémies étudiées dans la littérature médicale ; ce sont, aujourd'hui, des exceptions. Ces hystériques n'étaient, en général, que des faibles d'esprit ou des femmes dont le niveau intellectuel était maintenu dans une infériorité relative par la claustration, le genre de vie des couvents, le fanatisme, etc...

Les troubles intellectuels qu'elles présentaient affectaient habituellement certains caractères spéciaux d'un groupe de malades à un autre, d'un couvent à un autre et il était possible de différencier telle épidémie de telle autre. L'observation qui fait l'objet de cette communication m'a semblé particulièrement intéressante, car elle résume en quelque sorte les symptômes manifestés dans les diverses épidémies ; elle nous montre réunis chez une seule personne tous les types, et le niveau intellectuel de notre malade est au-dessus de la moyenne.

Nous verrons, chez Mademoiselle X..., l'hystérie simple s'accentuer peu à peu depuis la puberté, s'accompagner d'aliénation mentale à l'approche de la ménopause, et cette aliénation mentale affecter un caractère polyvésanique, c'est-à-dire se traduire par la fusion des symptômes délirants et hallucinatoires de la plupart des vésanies. Nous trouvons en quelque sorte une union du délire des persécutions, de l'hypochondrie, de la lypémanie anxieuse, etc..., tous groupes symptomatiques qui paraissent dominés cependant par un délire démonomaniaque et le fond hystérique ancien.

Mais arrivons à l'observation, extraite presque complètement de mémoires rédigés par la malade elle-même, observation, à ce titre, doublement intéressante :

X..., âgée de 51 ans (profession exigeant une certaine instruction), placée à l'asile sur sa demande, est une femme de taille moyenne, constitution mixte, tempérament nerveux. Elle a toujours été très impressionnable. Aucun signe de dégénérescence physique.

Réglée à l'âge de 15 ans, elle fut sujette, depuis ce moment, à des crises caractérisées surtout par des pleurs non motivés, de la sensiblerie, des accès de suffocation, etc., accompagnés, dès l'âge de vingt ans, de la sensation d'un corps étranger mobile partant du creux épigastrique et montant à la gorge (boule). Il y a toujours eu chez elle de la dysménorrhée et, pendant l'écoulement des règles, tous ces troubles étaient plus prononcés. Ils paraissaient, du reste, s'étendre d'une année à l'autre et, à l'âge critique, ils ont pris un développement réellement inquiétant; ils sont devenus rapidement ce que nous les trouvons aujourd'hui. Depuis trois ans et demi, en effet, Mademoiselle X... est sujette à des troubles de la menstruation beaucoup plus marqués que jadis ; les règles coulent abondamment tous les quinze jours. Depuis six semaines, cependant, aucune hémorrhagie ne s'est produite. La ménopause arrive donc lentement, péniblement.

Déjà nous avons deux causes des désordres dont nous allons parler : 1° une cause prédisposante, l'hystérie ; 2° une cause déterminante, l'âge critique, à laquelle il conviendrait d'ajouter, comme adjuvante, des ennuis relatifs à des commérages sur sa conduite.

Les facultés intellectuelles de Mademoiselle X... paraissent absolument normales lorsque, dans une conversation, on ne lui donne pas le temps de fixer son attention sur elle-même, de penser à sa santé.

Laissons-la maintenant continuer elle-même l'historique de sa maladie :

« Depuis trois ans et demi, *j'entends des voix* très distinctement dans tout mon corps ; elles sont principalement dans l'estomac, la poitrine, dans le ventre et jusque dans la partie indécente, et, toujours, je *sens quelqu'un remuer* dans tout mon être, qui me tourne et retourne dans tous les sens. Etant assise ou couchée, je me sens soulevée par une force supérieure invisible qui va jusqu'à me profaner et me faire ressentir des mouvements indécents et déréglés et, en même temps, les voix me disent très distinctement, et *une* surtout : tu ne veux pas m'écouter et faire tout ce que je te dis, me voilà, tu vas me le payer, je vais t'exorciser et te guérir, et, aussitôt, tout mon être est agité, je *ressens* et *vois* les choses les plus horribles, les plus dégoûtantes..... Parfois, je souffre, d'autres fois je suis *jetée de côté et d'autre* et même à terre, comme le serait une personne ivre et, en mangeant et buvant, j'éprouve des tourments horribles, car depuis trois ans et demi,

certaines de ces voix veulent m'empêcher de boire et de manger. Avant de me mettre à table, les bruits *autour* de moi et *dans* moi se font *entendre* semblables à une *légion de démons* rugissant, hurlant, qui viennent fondre sur moi. Je reste comme écrasée. J'entends très distinctement que ce sont ces mêmes bruits et ces mêmes voix *qui se servent de ma bouche*, de ma langue, pour rugir, blasphémer, jurer, me faire tirer la langue d'une manière démesurée, faire les grimaces les plus horribles et les plus hideuses. Je sens, sans me voir, que ma figure est hideuse à voir, les yeux, parfois, sortant de leur orbite ; parfois aussi c'est comme si l'on m'arrachait toute la mâchoire, les joues, les yeux et toute la figure. Très souvent, j'entends et *sens arriver* (1), *du côté de l'oreille droite surtout*, quelqu'un qui me donne de petits coups (2) à intervalles de quelques secondes, au nombre de plusieurs, disant : nous voici, nous venons à ton aide, nous sommes tes médecins et, alors, les divers accidents se produisent.

« Chaque fois que je vais à la selle (3), au lieu d'éprouver du soulagement, comme autrefois, et après, je souffre dans le bas-ventre ; j'éprouve même une nécessité continuelle d'uriner, ce qui provient de ces voix qui voudraient m'empêcher de faire ce que fait une personne humaine. Elles me parlent aussi par mon urine..... Il y en a même qui veulent m'empêcher de m'habiller et qui me font pousser des rugissements lorsque je le fais. Les tourments ne sont pas toujours les mêmes ; ces voix me disent : « Aujourd'hui, et jusqu'à telle heure, c'est moi qui vais te conduire et tu m'obéiras ou tu me sentiras. » Comme l'on m'a toujours conseillé de mépriser ces voix et de m'efforcer de réagir, plus je m'efforce de suivre ces conseils, plus les crises, tourments, persécutions, souffrances et vexations augmentent.... Elles me font des menaces toujours plus terribles les unes que les autres, jour et nuit, soit en me *les disant intérieurement*, lorsqu'on me croit bien calme, ou alors les criant par ma bouche....

« Du reste, la signification du mot *possédée* n'est-elle pas une personne tourmentée et agitée du démon, c'est là ma véritable situation. — Je dois aussi dire que j'ai toujours souffert au moment de mes époques depuis l'âge de treize ans, mais je

(1) Espèce d'aura.

(2) Interprétations de l'hypochondriaque.

(3) Nous voyons ici des idées de persécution bien distinctes des persécutions attribuées aux démons. La malade sépare elle-même, en quelque sorte, les persécutions du délire des persécutions et celles du possédé.

souffrais le 1er jour, lorsque cela se présentait, et lorsque cela me quittait. Depuis l'âge de 42 ans, les pertes sont devenues plus abondantes et les souffrances ont aussi augmenté.... C'est ce médecin dont je vous ai parlé à mon arrivée que je soupçonne de m'avoir mis dans cette triste situation en me donnant ou en me faisant quelque chose pour me faire du mal et par là m'a livrée au démon (1). Je souffrais avant de le consulter, mais ce n'était rien en comparaison de ce que je souffre depuis. Je remarque parfaitement qu'il y a quelqu'un qui agit en moi au moment de mes époques plus particulièrement, et que les hémorrhagies ne sont pas produites par une cause purement naturelle.

« Très souvent, je suis saisie par une force surnaturelle et je me donne des coups *sans le vouloir*, *ayant toute ma présence d'esprit et sans pouvoir me retenir*, des coups à la tête, dans le ventre, dans l'estomac, je fais avec les bras et les mains toutes sortes de pantomimes et de signes sur mon corps, les poings dans la bouche, me mordant les doigts et la langue, quelquefois très fortement.

« On me fait *parler des langues que je n'ai jamais apprises* ; le démon se sert de mon corps pour l'agiter ; bien souvent il ne me laisse pas écrire et, par moments, j'ai les yeux brouillés.

« Je dors très peu et, certaines nuits, j'ai des *odeurs* de nourriture autour de moi, comme si j'étais dans une cuisine. J'éprouve aussi les mêmes odeurs dans la journée, du changement dans le *goût* des aliments et même dans les remèdes et parfois des odeurs sales et dégoûtantes et des odeurs de *soufre* et de *feu* (*démons*). Mon travail est toujours *blanc* ; je le *vois parfois de différentes couleurs.* La nuit, je vois des fantômes, chiens, animaux de toutes sortes, figures hideuses me faisant les mêmes grimaces que j'avais faites dans la journée et me crachant à la figure ; ceci a lieu ayant les yeux tantôt fermés, tantôt ouverts.

« Des voix me menacent parfois aussi de m'obliger à *me détruire moi-même*..................................

« De grâce, au nom de l'humanité, et par compassion pour une pauvre malheureuse, ne me refusez pas un certificat pour éclairer Monseigneur ; il essayera certainement les exorcismes. Je ne cherche nullement à faire de l'éclat pour qu'on

(1) Autres interprétations d'hypochondriaque.

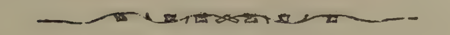
s'occupe de moi. Les remèdes naturels sont impuissants à me guérir ».

Cette dernière protestation, ce besoin de merveilleux, de surnaturel, indiquent bien quelques tendances ambitieuses, le désir de faire parler de soi, d'attirer l'attention.

J'ai hâte de terminer cette communication pour ne pas obscurcir par plus de détails ce tableau si fidèlement peint par la malade elle-même.

Je ferai cependant remarquer que cette observation justifie l'épithète (polyvésanique) dont j'ai fait usage ; en effet, à côté de persécutions liées au délire démonomaniaque, nou strouvons des idées de persécutions bien spéciales, celles du délire des persécutions : Mlle X... croit que son médecin est seul cause de tout ce qui lui est arrivé et qu'il l'a jetée dans cet état parce qu'il n'a pu réussir à obtenir ses faveurs.— Elle a des hallucinations et des illusions de tous les sens, mais plus spécialement de l'ouïe et plutôt de l'oreille droite. — Son attention étant constamment concentrée sur sa santé, sur les diverses fonctions physiologiques, digestion, défécation, miction, hémorrhagies mensuelles, etc..., il est bien naturel de voir aussi chez elle un peu d'hypochondrie. — Son délire, ses préoccupations continuelles ont bien aussi un peu du caractère d'anxiété de la lypémanie de l'âge critique, etc..

Cette étendue du délire et des divers troubles intellectuels est bien en rapport avec la mobilité des idées de l'hystérique, avec l'exagération de sa sensibilité ; le caractère lypémaniaque de ces accidents, leurs causes (hystérie et ménopause) permettent donc de distinguer ce groupe symptomatologique et de voir là non de l'hystérie chronique,mais une fusion de l'hystérie ancienne et de la folie critique.



RECHERCHES CLINIQUES

—

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU CHLORALAMIDE CHEZ LES ALIÉNÉS (*Suite*)

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

Je prévois l'objection. En somme, ne manquera-t-on pas de remarquer, vos malades n'ont jamais présenté de manifestations révélatrices d'une ingérence médicamenteuse ; tous les symptômes qu'ils ont offerts ont été des symptômes de paralysie générale, de paralysie générale suraiguë, soit, mais en fin de compte, de paralysie générale. Sans doute et c'est même là la seule excuse de la formidable statistique mortuaire que fournissent nos paralysés soumis au chloralamide. Il est évident que si le remède avait déterminé des accidents spéciaux, nous l'aurions de suite jugé et apprécié. Nous n'avons continué à le prescrire que parce que, précisément, il n'y avait chez nos paralytiques que les troubles constitutifs de la symptomatologie classique de la paralysie générale, à l'évolution près, mais est-il admissible qu'un pur hasard m'ait fourni sur vingt-sept cas de paralysie générale, seize à marche suraiguë, car, tel est le relevé exact des observations que je rapporterai dans un instant, c'est-à-dire l'exorbitante proportion de 60 %. N'est-il pas plus logique d'en conclure que le chloralamide, inoffensif en apparence, et excellent hypnotique chez les paralysés généraux a une action particulière sur leur mal dont il précipite l'évolution. Quant à moi, telle est la conclusion à laquelle je m'arrête et nous aurons bientôt à chercher l'explication du phénomène. Auparavant, voyons ce qu'il advint de nos seize malades et donnons les détails des vingt-sept observations.

Trois de ceux-là profitèrent de la suppression de la médication à laquelle je renonçai, bien entendu, dès que ma religion se trouva éclairée : à partir de ce moment leur maladie rentra dans l'évolution habituelle ; ces paralytiques sont encore en vie dans mon service. Les autres, malgré cet abandon du remède, malgré les toniques et une alimentation réparatrice, succombèrent à des dates diverses sans que la marche du mal ait pu être enrayée. Nonobstant, n'y a-t-il pas dans le fait de ces trois malades revenus, le traitement abandonné, à la forme ordinaire de l'affection paralytique, un argument de valeur contre le chloralamide. Qu'on en juge : nous rapporterons d'abord les cas favorables quant au sommeil, puis les cas défavorables, car la marche suraiguë s'est montrée dans les uns et les autres.

Observation XXXIV. — Claudius Mel.., 46 ans, entré le 24 février 1890. Paralysie générale à la première période. Du 6 au 8 avril insomnie agitée complète. Du 8 au 11, avec quatre grammes de chloralamide il dort huit heures avec une intermittence et pas d'agitation. Le médicament est supprimé pour contrôle ; la nuit du 11 est assez bonne, mais le 12, l'insomnie agitée est de nouveau à peu près complète. Le chloralamide est repris à la dose de quatre grammes et du 13 au 20, il y a comme précédemment huit heures de sommeil avec une intermittence et pas d'agitation. Du 20 au 24, suppression pour contrôle ; le malade ne dort plus que de deux à trois heures d'un sommeil interrompu et s'agite fort le reste de la nuit. Du 24 au 1er mai avec quatre grammes de chloralamide pour la troisième fois de huit à dix heures consécutives de sommeil. La dose est abaissée à trois grammes et durant deux nuits il y a encore dix heures consécutives de repos. Troisième suppression pour contrôle ; immédiatement réapparition de l'insomnie agitée presque complète. Reprise du chloralamide à quatre grammes qui donne comme toutes les autres fois du 17 au 30 neuf heures le plus souvent consécutives de repos. A cette date la dose est pour la seconde fois ramenée à trois grammes et l'effet hypnotique se maintient excellent, sept à huit heures de sommeil presque toujours ininterrompu et sans agitation nocturne. Il en est ainsi jusqu'au 9 juin, jour où succombe Mel..., dont la maladie a eu l'évolution suraiguë, malgré une médication tonique et un régime fortifiant et bien que le malade n'ait jamais présenté la moindre indisposition ou manifestation pouvant être rattachée à l'action du médicament.

Observation XXXV. — Ernest Man., 42 ans, paralysie générale à la première période. Deux heures de sommeil avec violente agitation le reste de la nuit. Trois grammes de chloralamide, du 11 février au 8 mars, procurent un repos de six à sept heures avec une intermittence et deux ou trois heures d'agitation. A cette date le malade est transféré dans son département.

Observation XXXVI. — Albert Ja..., 35 ans, paralysie générale à la première période. Deux heures d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Du 22 février au 5 mars, avec deux grammes de chloralamide, la moyenne du sommeil est de plus de cinq heures consécutives avec agitation ensuite, mais le repos est assez irrégulier, une nuit très bonne étant intercalée entre deux passables. Du 5 au 15 avec trois grammes, même situation. Du 15 au 20, avec quatre grammes, les mêmes irrégularités persistent, mais la moyenne du repos s'est encore accrue ; elle est de plus de six heures. Enfin, du 20 au 30, avec cinq grammes il y a chaque nuit de sept à huit heures consécutives de sommeil.

Observation XXXVII. — Théodore Bleu.., 34 ans, paralysie générale à la seconde période, le malade est entré le 15 avril 1889. En février 1890, le sommeil est de deux heures avec violente agitation le reste de la nuit. Du 17 au 20, trois grammes de chloralamide ne donnent que quatre heures consécutives de repos, l'agitation nocturne persiste. Du 20 au 25, avec quatre grammes, celle-ci est supprimée et le sommeil est de plus de cinq heures. Depuis le début de la médication la paralysie générale de ce malade a beaucoup progressé, bien qu'il n'ait eu aucune indisposition. Le calme étant survenu, le remède est supprimé. Au 10 avril, éclate un violent paroxysme avec insomnie agitée à peu près complète. Le chloralamide est repris à la dose de quatre grammes et du 11 au 22 on obtient ainsi de sept à huit heures et le plus souvent consécutives

de repos, mais la paralysie générale, toujours sans aucune manifestation spéciale, prend de plus en plus la forme suraiguë. Le médicament, en présence de cette évolution rapide, est supprimé ; de suite l'insomnie agitée complète reparaît et malgré la suppression du chloralamide, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'affection continue sa marche accélérée si bien qu'un mois après, le 21 mai, le malade meurt dans le marasme.

Observation XXXVIII. — Noël Cont.., 31 ans, entré le 28 juillet 1890. Paralysie générale à la première période. Insomnie agitée à peu près complète. Du 1er au 15 août, avec quatre grammes de chloralamide, le sommeil est de cinq à six heures consécutives et agitation ensuite. Du 15 au 17, suppression du remède pour contrôle, mais retour immédiat de l'insomnie agitée complète. Le chloralamide est repris à la dose de quatre grammes et jusqu'au 2 septembre on obtient ainsi de six à sept heures de repos, mais la paralysie générale, sans aucune manifestation spéciale, a pris, depuis le début de la médication des allures suraiguës. Malgré l'abandon du chloralamide, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'évolution rapide continue pour aboutir à la mort par marasme paralytique le 10 du mois suivant.

Observation XXXIX. — Victor Rag...., 44 ans, paralysie générale à la seconde période. En août insomnie agitée à peu près complète. Du 24 au 30 septembre, avec quatre grammes de chloralamide, il y a une moyenne de six heures de repos le plus souvent consécutives et agitation le reste de la nuit ; néanmoins le sommeil n'est pas parfaitement régulier ; parfois une nuit excellente est intercalée entre deux passables.

Observation XL. — Isidore Rous..., 37 ans. Paralysie générale à la première période. Deux heures d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Du 28 mars au 5 avril, avec trois grammes de chloralamide, il y a de huit à neuf heures de repos avec une intermittence. Suppression du médicament pour contrôle et retour de l'insomnie. Le chloralamide est de nouveau repris à trois grammes, et de nouveau on a, du 8 au 22, sept, à huit heures de repos avec une intermittence. Le malade durant deux nuits, refuse la potion et l'insomnie agitée reparaît. Le 25 il se décide à la reprendre jusqu'au 2 mai et les mêmes excellents effets sont obtenus à la dose de trois grammes. Le 3, nouveau refus qui persiste jusqu'au 18 et insomnie agitée persistante. Du 18 au 30 les trois grammes de chloralamide sont bus et chaque nuit il y a de sept à huit heures de sommeil.

Observation XLI. — Jean Hau... 44 ans ; entré le 28 avril 1890. Paralysie générale à la première période. Deux heures d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Du 12 au 17, avec trois grammes de chloralamide, il y a de cinq à six heures consécutives de sommeil, puis l'accoutumance se montre et le 19 le sommeil n'est plus que de trois heures. La dose est portée à quatre grammes ; alors, du 20 au 6 juin, il y a régulièrement chaque nuit de sept à huit heures consécutives de repos, mais la paralysie générale, sans aucune manifestation spéciale, a pris, depuis le début de la médication, des allures suraiguës. Malgré l'abandon du chloralamide, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'évolution rapide continue pour aboutir à la mort par marasme paralytique le 24 juin.

Observation XLII. — Paul Demé... 43 ans ; entré le 26 août 1889. Paralysie générale à la seconde période. Deux heures de sommeil

avec intermittences et agitation nocturne de quatre à 5 heures. Du 23 mai 1890 au 3 juin, trois grammes de chloralamide procurent un repos régulier de cinq à six heures, le plus souvent sans intermittences ni agitation, mais l'accoutumance s'établit à ce moment, le sommeil ne fut plus que de trois heures avec agitation le reste de la nuit, et cette accoutumance ne céda pas à l'élévation des doses. En effet, du 4 au 10, avec quatre grammes, il y a seulement quatre heures de repos et trois heures d'agitation et du 10 au 13, avec cinq grammes, deux heures de sommeil et sept heures d'agitation. En outre, le malade est très faible, car depuis le début de la médication la paralysie générale, sans aucune manifestation spéciale, a pris des allures suraiguës. Malgré l'abandon du chloralamide à la date du 12 juin, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'évolution rapide continue pour aboutir à la mort par marasme paralytique le 6 juillet.

Observation XLIII. — Jacques Lecl... 33 ans ; paralysie générale à la seconde période. Deux heures de sommeil au plus avec violente agitation le reste de la nuit. Du 1er au 4 juin, avec quatre grammes de chloralamide, il n'y a guère plus de quatre heures de sommeil avec autant d'agitation, mais avec cinq grammes du 5 au 20, on obtient de cinq à six heures consécutives de repos et pas d'agitation nocturne.

Observation XLIV. — François Bo.... 52 ans ; entré le 25 mars 1889. Paralysie générale à la seconde période. Au commencement d'avril 1890, l'insomnie agitée est complète. Trois grammes de chloralamide procurent, du 2 au 5, dix heures consécutives de sommeil. Le médicament est supprimé pour contrôle et tout de suite l'insomnie agitée à peu près complète reparaît. Le chloralamide est repris à la dose de trois grammes et on a, du 7 au 22, de nouveau neuf et dix heures consécutives de repos. Mais le malade a beaucoup faibli ; depuis le début de la médication, la paralysie générale a pris des allures suraiguës. Malgré l'abandon du chloralamide à la date du 22 avril, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'évolution rapide continue pour aboutir à la mort par marasme paralytique le 10 juin.

Observation XLV. — Léopold Lep.... 38 ans. Paralysie générale à la première période. Une ou deux heures de sommeil au plus avec sept heures d'agitation nocturne. Pendant vingt jours, avec quatre grammes de chloralamide, on obtient régulièrement de six à sept heures de sommeil, le plus souvent sans intermittence ni agitation.

Observation XLVI. — Anatole Pich... 32 ans ; entré en mai 1890. Paralysie générale à la première période. En juillet le sommeil est à peine de deux heures avec agitation le reste de la nuit. Du 3 au 30, avec quatre grammes de chloralamide, on obtient régulièrement de sept à huit heures consécutives de repos. Mais le malade est très affaibli, car depuis le début de la médication la paralysie générale a pris des allures suraiguës. Le médicament est abandonné, un traitement tonique et une alimentation réparatrice sont prescrits et à partir de ce moment l'évolution rapide est peu à peu enrayée. En décembre ce paralytique était toujours en vie dans le service et se tenait encore levé.

(*A suivre.*)



QUESTION MÉDICO-LÉGALE

RELATIVE A UN CAS DE GROSSESSE INCONSCIENTE

Par J. Luys.

Parmi les problèmes nouveaux de médecine légale auxquels ont donné naissance les recherches de l'hypnotisme moderne, il n'en est pas de plus saisissant que celui qui est relatif à la possibilité de la conception inconsciente survenue en période de somnambulisme. Dans ce cas, une femme pourrait donc devenir mère, sans le savoir, des œuvres d'un inconnu qui l'aurait suggestionnée, et privée momentanément d'avoir la conscience de ses actes ? — Le fait que je rapporte ici vient témoigner en faveur de cette possibilité.

Au point de vue théorique, la chose est parfaitement possible. — Tous ceux qui savent dans quel abandon extrême se trouve un sujet placé dans les différentes phases de l'hypnotisme, se rendent parfaitement compte de la passivité absolue dans laquelle est tombée le sujet hypnotisé — il est en pleine soumission, il accède à tout ce qu'on lui demande, il a perdu toute volonté et il est devenu une chose inerte, malléable, dans les mains de celui qui le dirige. — Quoi donc d'étonnant à ce qu'un sujet féminin, hypnotisé, puisse inconsciemment subir les coupables approches d'un homme, et cela sans la moindre participation. Tout fait même supposer que des attentats de cet ordre sont vraisemblablement plus fréquents qu'on ne le suppose. Si actuellement leur nombre paraît restreint, c'est, il faut bien le dire, que l'attention des observateurs n'a pas encore été dirigée dans cette voie. — On plaisante volontiers les malheureuses qui sont victimes d'attentats semblables. On n'admet pas la possibilité des rapports sexuels inconsciemment accomplis. On leur donne bénévolement un brevet d'hystérie. — Tout est dit, et cela suffit pour faire considérer leur récit comme un mensonge.

Et cependant, des cas semblables existent et, pour ma part, j'ai été à même d'en constater l'existence avec des vérifications faites par moi-même, et dans des conditions toutes spéciales, qui m'ont permis de les considérer comme munies de caractère d'authenticité convaincante.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, couturière, appartenant à une famille de petits employés, vivant chez ses parents et gagnant sa vie en travaillant dans une maison de lingerie. Au

point de vue d'hérédité, sa mère n'a présenté aucun symptôme apparent, si ce n'est une certaine irrésistibilité ; le père est normal. Seulement, trois enfants sont morts en bas-âge, emportés, m'a-t-on dit, par des convulsions. Quant à la jeune fille, elle s'est développée normalement, sans incident notable; elle a été réglée à 13 ans, elle a reçu de l'instruction. Placée dans un couvent, elle s'y comporta régulièrement jusqu'à l'âge de 13 ans. A partir de cette époque, elle devint sujette à des troubles nerveux : des spasmes, des strangulations de la gorge sans grandes attaques et accompagnés, pendant la nuit, d'accès de somnambulisme. Ces accès de somnambulisme devinrent très fréquents et compromirent sa sécurité personnelle, car elle se promenait la nuit, à travers les dortoirs et même dans le jardin du couvent, sans avoir le lendemain la notion de ce qu'elle avait accompli dans son sommeil ambulatoire. Ces troubles nerveux nécessitèrent son renvoi, ses parents durent la reprendre vers l'âge de 16ans.—Néanmoins, dans son nouveau milieu les phénomènes de somnambulisme apparurent tantôt pendant le jour, tantôt pendant la nuit (1).

Au mois de septembre 1886, cette jeune femme fut amenée un matin à la Charité dans mon service. Elle venait d'accoucher inopinément, elle n'était pas encore délivrée ; l'enfant était sorti et placé entre ses jambes, des soins spéciaux lui furent donnés, et une fois qu'elle eut récupéré le calme de l'esprit à la suite des émotions qu'elle venait de traverser, elle me raconta très simplement les incidents derniers de sa grossesse.

Elle était au Théâtre-Français, on lui avait donné un billet de faveur et elle était en toilette de soirée, ayant dissimulé à son entourage jusqu'au dernier moment son état de grossesse ; lorsque tout d'un coup elle s'est sentie prise de quelques coliques qui l'obligèrent à sortir dans le corridor.

Bientôt les coliques devinrent plus intenses et saisie d'un affolement subit, elle sortit du théâtre, se réfugia dans un petit restaurant du voisinage et de là, fut placée dans une voiture qui la conduisit à la Charité.

Surpris de ces détails, et de la soudaineté des accidents, je demandai à cette malade quelques détails sur les antécédents

(1) Et ici se place un incident curieux relatif aux instincts du mystérieux inhérent à la nature humaine ; lorsqu'elle était prise, pendant le jour, de ces accès de somnambulisme, l'aspect bizarre de sa physionomie avait frappé quelques bonnes âmes du voisinage. On lui supposa volontiers des aptitudes divinatoires, et on venait la consulter pour obtenir d'elle des révélations mystérieuses, sans que la malade n'ait jamais rien fait pour encourager de pareilles tentatives.

de sa grossesse et des habitudes de sa vie. Elle me dit d'emblée qu'elle était sujette à des accès de somnambulisme qui la prenaient la nuit et surtout le jour, qu'elle perdait connaissance alors et ne savait ce qu'elle faisait. Je lui demandai. « Connaissez-vous le père de votre enfant ? — Non, Monsieur, je l'ignore complètement. — Vous n'avez donc aucune souvenance d'avoir eu des rapports avec un homme ? — Non, Monsieur, je ne me souviens absolument de rien, et du reste, quel intérêt aurais-je à vous dire autre chose que la vérité, je ne me souviens de rien, je n'ai plus rien à cacher maintenant. »

Les jours qui suivirent son arrivée je l'interrogeai à plusieurs reprises, et j'obtins toujours les mêmes réponses.

Après l'avoir engagé fortement à concentrer ses souvenirs sur l'époque probable où la conception avait dû avoir lieu, elle finit par m'avouer que 9 mois avant l'accouchement, elle était au milieu de la rue Montmartre, m'a-t-elle dit, sortant de son atelier, lorsqu'elle fut apostrophée par un homme, qui l'interpella par son nom, disant l'avoir vue chez sa patronne, et offrant de lui faire avoir une bonne commande de lingerie. Cet homme lui donna rendez-vous chez lui deux jours après. Elle se rendit au rendez-vous et une fois rentrée dans la chambre de l'hôtel où demeurait cet inconnu, elle perdit complètement connaissance de tout ce qui s'était passé ; elle récupéra connaissance 2 heures après se trouvant dans la rue avec un atroce mal de tête. — Elle rentra chez elle sans avoir la moindre conscience de tout ce qui s'était passé et les jours suivants, lorsqu'elle voulut aller chercher la commande de lingerie en question, elle n'avait gardé aucun souvenir du nom de la rue, ni du numéro de la maison. Tout ce qui s'était passé avait été effacé de sa mémoire.

Il est évident que, dans cette circonstance, cette malheureuse fille prédisposée au somnambulisme, interpellée soudainement dans la rue par un inconnu a subi une suggestion instantanée, et qu'elle l'a exécutée d'une façon fatale, comme nous voyons tous les jours les mêmes phénomènes s'exécuter dans nos expériences. Elle l'a exécutée et n'en a gardé aucun souvenir. — Elle continua, à partir de ce moment, sa vie régulière, et la grossesse pareillement, son évolution normale. — Les règles se supprimèrent, elle s'en inquiéta fort peu, disant qu'à plusieurs fois, étant au couvent, elle avait eu de pareilles interruptions. — Les vomissements n'éveillèrent pas plus de l'inquiétude de sa part et de son entourage. Elle les attribua à de

la gastralgie, à un état nerveux. — Quant à l'augmentation du volume du ventre, elle ne se tourmentait pas beaucoup, et arrivait ainsi, en se serrant de plus en plus, à masquer la déformation progressive de sa taille.

C'est ainsi qu'elle était arrivée jusqu'au dernier terme de la gestation, sans déceler, d'une façon apparente, sa situation. Elle était vive, alerte, capable de fournir un travail actif sans la moindre défaillance, si bien que le jour même où l'accouchement était proche, elle avait encore son allure normale, et aucune modification extérieure ne montrait qu'elle était enceinte. Le matin seulement, quelques coliques s'étaient révélées.

Et néanmoins, elle était tellement inconsciente de sa situation, qu'elle crut pouvoir accepter l'invitation qui lui avait été faite, d'aller le soir au théâtre, avec quelques amis.

On sait le reste.

Voilà donc l'histoire d'une pauvre fille névropathique, qui, à un moment donné, se trouve la victime de son organisation primordiale, et qui paye cher, comme on le voit, les conséquences de sa constitution nerveuse. Elle devient, à un moment de sa vie, hystérique, sujette à des accès de somnambulisme diurne. Et néanmoins, elle va et vient dans la vie, et se comporte comme toutes ses congénères, sans exciter d'une façon accentuée, les inquiétudes de son entourage. — Et, à un moment donné, par une coïncidence étrange, elle se trouve en présence, dans la rue, d'un étranger qui l'interpelle subitement par son nom. Elle reste saisie et *fascinée* sur place. Cet homme inconnu lui fait une invite à venir chez lui. Elle est *suggestionnée*, et en véritable sujet hypnotique, elle obéit et exécute fatalement, automatiquement, la suggestion reçue. Et, après l'attentat, revenue à elle, elle se retrouve dans la rue complètement inconsciente de ce qui s'est passé !

C'est là, évidemment, un fait très digne d'intérêt, et qui certes n'est pas le seul. Bien des situations semblables se sont déjà présentées et se présentent encore ; seulement, ils passent inaperçus, et, comme, en général, la plupart des médecins ignorent complètement les différentes formes de la passivité des états de l'hypnose, et l'abandon des sujets hypnotisés dans les mains de ceux qui les dirigent, ils n'y prennent aucune attention, et ne relèvent des cas semblables que, faute de connaissances spéciales, ils considèrent volontiers comme des récits imaginaires.

DE L'INTERNEMENT DES MORPHINOMANES

Par Ch. Lefèvre,

Interne des Asiles de la Seine.

Il y a quelques semaines à peine se déroulaient devant la cour d'assises de Seine-et-Oise les péripéties d'un drame retentissant.

Une jeune femme morphino-cocaïnomane avait été assassinée après avoir été (1) séduite. Cette femme avait épousé un morphinomane quelques années auparavant et c'est son mari qui lui avait fait contracter l'habitude de la morphine. Après la mort de ce dernier, elle avait essayé à plusieurs reprises de se traiter : toutes ses tentatives avaient été infructueuses ; ce n'est qu'au commencement de 1890 qu'un médecin de Bordeaux voulut expérimenter le mode de traitement par la suggestion. Ses efforts furent couronnés de succès et après trois mois d'une surveillance constante la suppression du poison fut obtenue. Mais l'état mental de la malade ne revint pas rapidement à l'état normal. Elle ne pouvait réagir contre les impulsions irrésistibles qui venaient sans cesse l'assaillir. Sa résistance morale était toujours très faible et l'on comprend comment frappée d'irresponsabilité, elle est devenue la proie d'un odieux spéculateur.

Ce fait, que nous rappelons en quelques mots, est fort instructif et nous permet de faire quelques réflexions sur l'application de la rigueur dans le traitement de la morphinomanie.

Puisque nos législateurs, pris d'un beau zèle, pensent réformer la loi de 1838 sur le régime des aliénés, ne feraient-ils pas œuvre utile en introduisant dans la nouvelle loi un chapitre additionnel où seraient formulés les articles spéciaux relatifs à l'internement des morphinomanes, cocaïnomanes, éthérimanes, etc. — Rien n'existe en France, ni en théorie, ni en pratique pour le traitement de ces intoxications. Alors qu'en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, de nombreuses maisons de santé spécialement installées pour ce genre d'affections se sont fondées depuis longtemps. Là les malades ont un personnel spécial, une étroite et constante surveillance, des soins immédiats en cas d'accident. En France, où le nombre des morphinomanes ne cesse de s'accroître d'une façon

(1) Voir le très intéressant résumé de cette affaire dramatique, affaire présentée avec une grande netteté par le Dr Guimbail dans le précédent numéro.

effrayante, nous n'avons rien qui puisse être mis en parallèle avec ces établissements spéciaux. En dehors des maisons de santé pour les aliénés, l'on ne trouvera les soins nécessaires, l'éducation éclairée du personnel, la surveillance effective, complète dans aucun établissement. Or, ces maisons de santé ne sont accessibles qu'aux malades dont la situation de fortune peut permettre de subvenir aux frais d'une pension toujours assez élevée. La morphinomanie n'étant point l'apanage exclusif de la classe riche, ni même de la bourgeoisie, de quels moyens va donc pouvoir disposer la foule si modeste et si intéressante des petits commerçants, des employés, des ouvriers ? Leur seule ressource sera ou l'hôpital ou l'asile d'aliénés.

Or, il est à peu près inutile de démontrer que l'hôpital est un moyen complètement illusoire. La surveillance n'y peut être qu'insuffisante, l'isolement y est presque impossible ; la fraude s'y trouve facilitée par les relations des malades entre eux, par les communications trop faciles avec le dehors, les visites des parents. Le séjour à l'hôpital d'un morphinomane, non seulement est inutile au malade, mais il peut devenir la cause d'une véritable épidémie de morphinomanie, car ce sera dans la salle d'hôpital l'installation d'un système de morphinisation réciproque entre les malades qu'il est urgent de prévenir.

La seconde hypothèse est donc la seule praticable, la seule rationnellement efficace. L'asile reste le seul refuge possible des morphinomanes, c'est là seulement qn'ils pourront trouver la guérison, les prescriptions médicales y seront scrupuleusement exécutées par un personnel habitué aux exigences de ces malades et c'est la seulement qu'une famille peut espérer trouver le salut pour le malade qui lui est cher. — Mais ici se pose une grave question qui prête à discussion et que divers auteurs ont résolue de différentes façons.

Quelles sont les conditions dans lesquelles un malade sera placé dans un asile d'aliénés ?

Si le malade, encore en pleine possession de ses facultés intellectuelles, a la ferme volonté de guérir, s'il exprime formellement son désir, rien n'est plus facile, plus naturel qu'un placement volontaire.

Quoi de plus logique encore que l'internement d'un morphinomane de date ancienne, dont l'intelligence a fléchi, chez qui la mémoire est affaiblie ? ce malade ne jouit plus de son libre arbitre, ses facultés intellectuelles sont tellement troublées qu'elles entraînent l'irresponsabilité. Dans ce cas encore l'internement s'impose.

Mais en est-il de même si le malade, dont l'état mental n'est pas encore affaissé refuse formellement d'acquiescer au désir formulé par ceux qui lui proposent cette mesure ? Il résiste à toute persuasion et ne veut écouter les conseils de personne. — Doit-on le laisser s'intoxiquer jusqu'à ce que sa raison soit compromise, sa mémoire affaiblie, sa volonté annihilée ? — Ne peut-on empêcher un malade qui n'a, somme toute, aucun autre motif pour continuer ses injections que le besoin qui le domine, de se suicider ainsi ? Il faut faire abstraction des malades chez qui la morphine n'est qu'un calmant pour des affections chroniques douloureuses. Peut-on enfin se passer du consentement du malade pour l'admettre dans un asile ?— Evidemment, la question est fort délicate et n'est pas sans causer quelque embarras. En effet, de prime abord, il semble qu'il y ait là une atteinte grave portée à la liberté individuelle. Certains auteurs sont hostiles à l'internement, d'autres au contraire sont favorables à cette mesure. Sans vouloir trancher une question dogmatique, ne doit-on, avant toute considération, examiner quel est l'intérêt du malade, quel est l'intérêt de la société. Un malade peut-il se traiter chez lui avec les moyens dont on dispose dans la vie ordinaire ? Non, certes, tout traitement,dans cette condition, est destiné à un piteux avortement. C'est à un échec certain que courra quiconque voudra tenter l'expérience. Le fait est trop évident pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longuement.

Si dans la vie courante il y a des obstacles pour ainsi dire insurmontables à une thérapeutique sérieuse, il faut tout d'abord soustraire le malade au milieu dans lequel il vit, et s'il hésite, ne point faire attention à ses hésitations et ne point s'arrêter à ses plaintes, à sa colère s'il refuse. — Il trouvera bien auprès de lui un ami complaisant, lequel ira inonder les journaux de récriminations contre une séquestration arbitraire, contre la violation de la liberté individuelle. — Mais il serait nécessaire au préalable d'établir les droits d'un morphinomane à jouir de la liberté. Est-il donc évident que la notion du libre arbitre existe réellement dans la morphinomanie ? — Est-on bien sûr qu'un malade qui subit le joug fatal de sa morphine possède encore les qualités morales d'un homme libre ? — Enlevez-lui sa seringue et voilà votre malade déprimé, livré à ses impulsions irrésistibles, aux hallucinations les plus pénibles, et tombé dans un état le plus proche de la bestialité.

Evidemment, du fait même de son intoxication, il a perdu,

momentanément il est vrai, sa liberté morale, et cette circonstance peut entraîner le placement du malade dans un établissement spécial sur la demande de sa famille, et malgré son refus, dans les conditions édictées par la nouvelle loi sur le placement des aliénés. C'est le seul moyen d'éviter les conséquences du morphinisme et des accidents consécutifs.

La société elle-même doit se protéger contre les morphinomanes qui sont aujourd'hui un véritable danger. L'ardeur que déploient certains malades à faire dans leur entourage, dans leur intimité, un grand nombre de prosélytes est une raison qui vient apporter un nouvel argument en faveur de la séquestration.

Le fait que nous avons rappelé en quelques mots est un exemple frappant, la jeune femme avait été morphinisée par son mari. De là, tous ses maux, toutes ses vicissitudes et le fatal dénouement que l'on connaît. Il serait puéril d'insister sur la contagion de la morphinomanie dans le monde galant, par exemple, un pur morphinomane doit donc être soumis à un traitement prophylactique sévère, à l'isolement absolu.

Car la vente trop facile de la morphine n'est pas la seule cause de la si rapide propagation de la morphinomanie. — En édictant des peines sévères contre toute personne pratiquant des injections de morphine, non seulement sans l'avis d'un médecin, mais aussi les pratiquant dans un but extra-médical ; en réglementant la vente de la morphine et en la frappant d'un impôt assez lourd, et en dernier lieu en introduisant dans la nouvelle loi sur les aliénés une législation spéciale contre la morphinomanie, peut-être arriverait-on à endiguer ce fléau moderne.— La morphinomanie présente de nombreuses analogies avec l'alcoolisme, pourquoi donc ne prendrait-on pas à son égard les mesures d'hygiène publique qui sont ordonnées contre l'alcoolisme ? Bien plus encore que l'alcoolisme, elle abolit les fonctions génitales, et c'est à l'impuissance absolue que courent les morphinomanes s'ils ne guérissent de bonne volonté ou contraints par d'énergiques conseillers.

Il y a donc là toute une étude que nos législateurs auraient le plus grand tort de ne pas prendre en considération. Il nous semble urgent d'édicter des mesures pour la répression de la morphinomanie et puisqu'en ce moment, les pouvoirs publics s'occupent de réformer les lois concernant les aliénés, l'occasion est donc favorable. Ajouter à la nouvelle loi un chapitre additionnel serait, de la part des autorités compétentes, une œuvre sage et utile, aussi bien aux malades qu'à la société.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Février 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes du service.

N° 18. Clotilde, 17 ans. *Attaque d'hystérie.*

Cette jeune fille n'a plus d'attaque, elle se sent très bien depuis l'opération chirurgicale qu'elle a subi en période léthargique : elle continue à servir de sujet transfert et n'a plus d'attaques.

N° 23. Yvonne, 22 ans. *Hystérie. Morphinomanie.*

L'état de cette jeune fille est stationnaire, elle a eu une période de rechute, provoquée par des vomissements de sang, elle a été obligée d'en revenir à sa première dose de morphine.

N° 17. Marie, C., 33 ans. *Méningo-encéphalite ?*

Cette malade a pu quitter le service très améliorée : elle marche avec aisance et parle avec précision. Elle est très satisfaite de son amélioration.

N° 22. Eugénie W., femme de chambre. *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

La malade a fait une rechute, il y a 15 jours. Elle dit qu'elle ne sentait plus son corps, ni rien dans sa tête, ses jambes tombaient, elle ne pouvait plus marcher, elle sentait sa colonne vertébrale fluide, sensation de dépression profonde. Le sommeil avait disparu, elle n'avait plus la notion de son cœur en mouvement ; étant couchée, elle avait perdu la conscience de son corps, se sentait à l'agonie ; elle voulait recommencer à agir et se sentait dans l'impossibilité de faire quoi que ce soit.

Cet état d'anxiétés incessantes, dura 15 jours.

Elle fut traitée par l'électricité à haute tension. Vésicatoire à l'épigastre.

L'amélioration est revenue peu à peu ; aujourd'hui 27 février, la malade peut se lever et rendre compte de l'état par lequel elle a passé.

Elle sent encore la tête creuse : « Je sens, dit-elle, qu'il n'y a « plus de nerfs dans ma tête, j'ai toutes mes idées, je me figure que « je peux reprendre mon travail mais cela m'est impossible, les « forces me manquent. »

Les forces qu'elle donne au dynanomètre sont à droite 10 kilos de pression, à gauche 9 kilos.

Elle reconnaît les couleurs.

Sensibilité revenue d'une façon obtuse, aux bras et aux extrémités inférieures, les mouvements sont accomplis régulièrement, la langue est bonne, l'appétit revient, le poul est très faible, les battements du cœur frappent avec énergie, bruyants, vifs, pas de bruits anormaux.

On note une atrophie des muscles inter-scapulaires ; à la pression cette région est légèrement douloureuse.

Sa marche est incertaine et encore facile. La coloration de la face est bien meilleure. Elle entre de nouveau en convalescence et on va la soumettre aux transferts pour lui donner des forces.

Julia F., 23 ans. *Hystérie*, *névropathie*, *amélioration.*

A 10 ans, déviation de la colonne vertébrale. Elle fut soignée à l'hôpital Trousseau et elle en sortit guérie au bout de 2 mois. A 13 ans elle a été réglée.

A 20 ans, elle eut un enfant qui a toujours été bien portant. Mais depuis cette époque elle est toujours très souffrante.

Elle a eu un commencement de métrite à 21 ans, puis une nouvelle période de folie de la persécution qui dura 8 jours. Le 14 janvier de cette année, la suite d'une peur, elle a eu les muscles contracturés, elle ne pouvait plus marcher. Le matin qui suivit elle a eu une petite crise.

Son sang était décomposé, elle est entrée à l'hôpital où elle est restée 15 jours pendant lesquels elle a eu quatre crises de nerfs. Dans ces crises elle criait, elle commence toujours par éprouver des tremblements et des étouffements. Malgré cela, elle garde toute sa connaissance. Elle a déjà pris du bromure et des douches froides.

Elle est d'un tempérament très impressionnable.

Elle a généralement une crise tous les soirs à 8 h. 1/2. Depuis quelques jours qu'elle vient suivre le traitement par les transferts et la couronne d'aimant, elle ressent déjà une amélioration très notable, n'a plus qu'une attaque très légère par jour au lieu de quatre qu'elle avait quotidiennement.

Malades nouvelles du service

N° 20. Marie B., 21 ans. *Attaque d'hystérie.* (Guérison rapide.)

Sa mère est morte, il y a 6 mois, d'une tumeur abdominale de nature inconnue. Père, 57 ans, bien portant, deux frères en bonne santé.

Il y a neuf mois, début des accidents. Jusque là *santé parfaite* ; pas de convulsions dans l'enfance, ni autre accident nerveux. A la suite d'une émotion violente occasionnée par une défaillance de sa mère malade, elle a eu sa première attaque le jour même. Elle a perdu connaissance et est revenue à elle au bout de 3/4 d'heure. Depuis ce jour, des accidents de ce genre lui sont arrivés souvent.

Toutes les semaines, elle a eu en moyenne six attaques. Elle s'est soignée jusqu'alors par le bromure et l'hydrothérapie, sans éprouver d'amélioration.

Il y a quinze jours, elle est entrée dans le service et a pu le quitter au bout de ce temps. Son traitement a consisté en sommeil hypnotique prolongé et en la suggestion.

Elle n'a pris aucun médicament.

Les attaques ont disparu pendant ce court séjour. Seulement nous n'avons aucun renseignement sur ce qui s'est passé depuis son départ.

Salle Louis (hommes)

Malades anciens du service.

N° 25. Louis G., 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires.*

L'état de ce malade est très notablement amélioré, le tremblement du tronc a diminué d'une façon très notable, il commence à marcher avec aisance, il continue son traitement.

N° 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Ce malade continue à aller mieux, il peut faire quelques mouvements, s'asseoir spontanément et rester assis sans que ses jambes se raidissent.

N° 2. Jean M.. *Ataxie locomotrice. Morphinomanie.*

Ce malade, qui allait de mieux en mieux, a pu quitter le service très amélioré : les douleurs fulgurantes sont très notablement amendées. Il marche aisément, et les piqûres de morphine sont moins fréquentes et moins fortes.

Malades nouveaux.

Nº 2. G., 28 ans, charretier. *Hystéro-épilepsie.*

Mère nerveuse ayant eu des attaques.

Une sœur bien portante.

Il a eu sa première attaque au mois d'août tout à coup, sans cause apparente. Séjour de deux mois à l'hôpital Cochin. Sorti amélioré. Ne sent pas de forces dans les bras. Douleurs dans la tête. Le 11 février, à son travail, il fut pris d'un étourdissement, la tête lui tournait et il est tombé sans connaissance. Légère tendance à l'alcoolisme. Pas d'attaque dans son enfance, n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Il tremble dans les avant-bras et dans la jambe gauche.

Insensibilité à gauche dans les bras et légère anesthésie à droite, ainsi que dans les jambes. Sensibilité du gosier émoussée.

Serrement de la gorge, caractère impressionnable, pupilles très dilatées à 6 millimètres, ne voit pas ni le vert, ni le violet.

Il donne au dynamomètre 40 kilos de pression à droite et 28 kilos à gauche.

Il va commencer le traitement par les miroirs, des bains et des douches.

Consultation externe

François G., 59 ans.

Ce malade, qui s'était un peu amélioré le mois précédent, a été pris de refroidissement qui l'oblige à interrompre son traitement.

Rémy P., domestique momentanément, 34 ans. *Neurasthénie. Gastralgie.*

Ce malade va mieux, quoiqu'il ressente encore des douleurs dans les intestins et en ceinture. Le traitement qu'il suit par les transferts et la couronne d'aimant lui fait beaucoup de bien.

Sophie S., 59 ans. *Accidents cérébraux. Blépharospasme.*

Cette malade va beaucoup mieux.

Elle est plus maîtresse du mouvement des paupières qui ne s'abaissent plus autant lorsqu'elle marche.

Elle a pu interrompre son traitement momentanément.

Berthe L., 20 ans. *Hystérie, goître exophtalmique. Suggestion.*

Cette malade, qui a suivi régulièrement le traitement par le transfert, se sent un peu soulagée. Les crises sont moins fréquentes. Elle est plus maîtresse d'elle-même.

Les joues sont moins grosses et moins congestionnées. Elle est plus gaie et a confiance dans son traitement qui lui fait, dit-elle, beaucoup de bien. Néanmoins, elle a des alternatives d'améliorations et de rechutes qui la laissent dans un grand état d'inquiétude.

C. Adolphe, artiste peintre, 57 ans. *Névralgies faciales consécutives à une ostéite maxillaire d'origine syphilitique.*

Depuis 15 ans, ce malade, qui a eu des accidents syphilitiques, ressent dans la joue droite, depuis la bouche jusqu'à l'œil, des douleurs névralgiques très intenses, qui l'empêchent parfois de causer. Il éprouve par moment à la suite du gonflement de la partie malade l'effet d'un fer rouge qu'il aurait sur la joue.

En examinant la bouche, on constate que la tubérosité du maxillaire supérieur au niveau de l'arcade dentaire gonflée est fortement injectée.

Il y a là évidemment, une ostéite chronique, vraisemblablement d'origine syphilitique avec compression des nerfs dentaires.

Tout ce que le malade a fait jusqu'à présent pour se soulager n'a point réussi. Il a pris beaucoup de bromure de potassium.

Il est mis immédiatement au traitement spécifique par la liqueur de Van Swieten, et en même temps à l'action des miroirs rotatifs et des couronnes aimantées.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DES ENFANTS PRODIGES (1)

Par le Dr PAUL MOREAU (de Tours).

I.

Dans un « *Chapitre oublié de la pathologie mentale* », il y a quarante ans (2), le Dr Moreau (de Tours) appelait l'attention sur un état bizarre des facultés intellectuelles qui n'était ni la raison, ni la folie.

Tout d'abord cette appréciation de faits bien observés, fut en butte à des réfutations violentes et à des objections spécieuses.

Depuis cette époque, l'*état mixte*, comme l'appelait mon père, a été admis sans conteste par tous les aliénistes, et dernièrement, un de ses plus brillants élèves, le professeur Ball, en faisait le sujet d'une de ses leçons à l'asile Sainte-Anne sous le titre des « *Frontières de la folie* ».

L'étude que nous avons à faire des « Enfants prodiges » reposant sur l'appréciation de cet état spécial, on nous permettra de dire rapidement et tout d'abord ce qu'il faut entendre par ces mots : *état mixte*.

(1) Moreau (de Tours), Folie chez l'enfanf. J. B. Baillière et fils, édit. Paris, 1888.

(2) *Union médicale*, 1850.

Autrefois on se persuadait généralement, et aujourd'hui, quoiqu'à un degré moindre, on se persuade encore qu'entre la folie et la raison il existe une ligne de démarcation bien tranchée, que l'un de ces deux termes exclut nécessairement l'autre ; ce qui faisait dire à un illustre orateur qu'il suffirait d'un quart d'heure de conversation avec un homme pour savoir s'il était aliéné ou sain d'esprit.

Cela est vrai si l'on entend parler de la folie proprement dite, de la folie déclarée, car alors qu'il y ait ou non appréciation par le sens interne des perversions de l'esprit, les actes intellectuels, soit d'une manière générale, soit dans une certaine limite, par l'absence de spontanéité et de libre arbitre, sont frappés d'un vice radical. — Dans ce cas nul doute n'est possible : on est fou ou on ne l'est pas.

Mais la question est bien autrement difficile à résoudre lorsqu'on se trouve en présence de ces modifications particulières de l'intelligence, modifications dont la nature est telle qu'on est forcé de porter sur les individus, chez lesquels on les observe, un jugement contradictoire, de rendre hommage à leur capacité, disons plus, à leur génie, sans pouvoir se défendre de la conviction qu'on a affaire, à certains égards du moins, à des esprits non pas seulement bizarres, excentriques, mais positivement dérangés. — Ces modifications apparaissent alors comme un mélange de folie et de raison, une sorte d'*état mixte* qui est comme la résultante des conditions psychologiques propres à ces deux modes d'être des fonctions intellectuelles.

Sous l'influence d'une foule de circonstances, de conditions physiques ou morales, de prédispositions héréditaires, la constitution intellectuelle peut être modifiée de telle manière qu'elle porte une empreinte également claire et profonde du délire et de la raison.

Il n'est pas question ici d'un mélange sans fusion réelle de pensées raisonnables et de pensées déraisonnables, ainsi qu'on le voit chez certains individus qui, tout en délirant dans leurs actes comme dans leurs pensées et leurs sensations, ont conscience de leur délire. Ils apprécient le désordre de leur esprit et luttent contre de funestes entraînements. Je ne parle non plus de ceux qui, en dehors de certaines idées morbides, sont parfaitement raisonnables, mais je me propose d'exposer ici une manière particulière de sentir,

pouvoir, imaginer, juger, etc., qui sans être positivement celle d'un aliéné, n'est pas à meilleur titre celle d'un individu sain d'esprit.— C'est le croisement des races transporté dans l'ordre moral. Il s'agit d'une classe d'êtres à part, véritables *métis* qui tiennent également du fou et de l'homme raisonnable, ou bien de l'un et de l'autre à des degrés divers.

L'état mixte a une double origine : il peut être dû — : 1° à des conditions d'hérédité ; — 2° à des conditions spéciales propres à la constitution, à l'idiosyncrasie des individus, mais nous avons assez longuement parlé de l'hérédité pour qu'il soit utile d'y revenir ici. — Nous avons dit de combien de manières, par quelles voies directes ou indirectes on pouvait atteindre le dynamisme mental, exercer sur les fonctions de l'intelligence une influence, qui, pour avoir été méconnue jusqu'ici, n'en est pas moins réelle et, dans certains cas, active, prépondérante. Nous avons démontré également que l'influence exercée par un état spécial du système nerveux n'a pas la même puissance, s'observe moins communément, mais est tout aussi incontestable. Or ces diverses considérations résultant de travaux spéciaux et que nous ne pouvons analyser ici, il est permis de conclure qu'il existe une classe d'êtres à part qui ne saurait être confondue ni avec celle des hommes jouissant de toute leur raison, ni avec celle des aliénés proprement dits : c'est une classe intermédiaire qui a sa raison d'être dans les lois d'hérédité et dans certaines dispositions organiques. Certaines intelligences peuvent être regardées comme une sorte de mélange, un composé réel et non fictif, métaphorique, de folie et de raison, d'idées fausses, délirantes et de pensées vraies, marquées même de l'empreinte du génie.

Pourquoi ces intelligences ont-elles été méconnues si longtemps ? — Parce qu'on n'a pas apprécié l'action cérébrale comme elle devait l'être, parce qu'on n'a envisagé que les deux points extrêmes de raison absolue et de délire. On a méconnu l'état intermédiaire, parce qu'on le regardait comme une impossibilité, *quia absurdum.*

II

Nous avons rapidement indiqué ce qu'il fallait entendre par état mixte. On ne sera donc pas étonné de retrouver

dans ce travail (1) l'étude d'une classe d'individus qui ne sont pas fous tant s'en faut, mais qui n'en présentent pas moins un caractère spécial, bizarre, frappant par son étrangeté les yeux les moins prévenus. Ces enfants sont de véritables candidats à la folie, et plus que tous les autres aptes à devenir aliénés à une époque plus ou moins éloignée et souvent sous la cause la plus futile, la plus insignifiante en apparence.

Nous voulons parler de ces enfants prodiges, de ces enfants génies qui frappent d'étonnement tous ceux qui peuvent les connaître ou simplement ceux qui ne les connaissent que par le récit qu'en ont laissé leurs contemporains.

Chez ces enfants, l'organisation, et nous entendons par là la spécificité du système nerveux, a la plus grande part dans les phénomènes moraux dont nous avons à nous occuper.

Certains enfants, après avoir vu l'éclosion précoce de leurs facultés parvenir à une élévation telle qu'on leur donne le nom si caractéristique d'*enfants prodiges*, ou meurent jeunes, épuisés, ou vieillissent rapidement de corps et d'aspect, ou enfin et ceux-là sont les plus rares eu égard au nombre relativement considérable de leurs semblables, poursuivent avec éclat une existence si brillamment commencée.

Cette disposition spéciale, innée ou héréditaire le plus souvent, qui fait de ces enfants des sujets véritablement à part, a depuis longtemps déjà attiré l'attention de tous ceux qui s'occupent de psychologie. Tous ont cherché à donner une explication de ces phénomènes et tous, plus ou moins, ont émis des hypothèses en rapport avec les idées régnantes de leur époque.

Nous l'avons déjà dit, tous ces enfants, ne deviennent pas des aliénés ; loin de là : s'ils sont des candidats sérieux à la folie, le plus souvent ils ne franchissent pas ces sombres limites. Bien plus, un grand nombre d'entre eux, résistant à la fâcheuse fatalité qui plane sans cesse sur leur tête « prennnent le dessus » et deviennent alors ces hommes de génie qui font la gloire du pays qui les a vu naître, et dont s'honore l'humanité tout entière.

Gall avait entrevu et signalé à l'attention l'anomalie céré-

(1) Moreau (de Tours). *Folie chez l'enfant*. J. B. Baillière et fils. Paris, 1888.

brale de ces enfants précoces. Il avait bien vu que l'éducation n'était pour rien dans l'éclat insolite de certaines facultés : « Comment attribuer, dit-il, à l'éducation, les dispositions et les facultés les plus décidées qu'on observe quelquefois dans les enfants et qui, par conséquent, sont antérieures à toute espèce d'instruction ? On voit par l'histoire des hommes qui se sont le plus distingués que la plupart, sans tarder à se faire connaître, ont manifesté dans leurs premières années, leur future grandeur. Achille, caché sous les habits de Pyrrha, saisit une épée parmi les présents apportés par Ulysse. Thémistocle, encore enfant, disait que si on lui donnait à gouverner une petite ville, il saurait l'agrandir et la rendre puissante.... C'est à l'âge de 14 ans que Caton d'Utique annonce son grand caractère et son horreur pour la tyrannie. Pascal fait, à 12 ans, deviner son génie en publiant un traité sur les sections coniques... »

Mais plus loin il ajoute : « Si malgré toutes ces preuves on voulait soutenir que les génies précoces et les génies de tout genre sont le produit de l'éducation et des objets qui nous entourent, que l'on dise pourquoi certains enfants qui, sous le rapport d'une de leurs facultés annoncent un génie extraordinaire, ne s'élèvent pas au-dessus de leurs camarades sous aucun autre rapport ; et pourquoi des hommes qui excellent dans un point sont si médiocres en toute autre chose ? Le célèbre Betti qui, à l'âge de 13 ans, passait déjà pour un très grand comédien, jouait avec d'autres enfants dans la rue jusqu'au moment où il fallait qu'il parût sur la scène. Guillaume Crotsh, célèbre à l'âge de 6 ans pour son génie musical, n'était dans tout le reste qu'un enfant d'une intelligence médiocre (1).

Rameau, l'un des plus célèbres musiciens de l'école française, apprit la musique en même temps que la parole. A sept ans il touchait du clavecin avec une rare habileté. Au collège, où on le mit, il ne put suivre les classes. Il fredonnait des airs de sa composition au grand scandale du régent et ses cahiers étaient uniquement couverts de notes de musique. Le principal du collège pria son père de retirer ce mauvais écolier, qui ne rentra dans l'établissement que sous de sévères conditions. Il fut fouetté, (c'était alors le châtiment usité dans les collèges). Peine inutile ! Rameau

(1) Gall et Spurzheim. *Des dispositions innées de l'âme et de l'esprit*. Paris, 1811, p. 83.

disait plus tard en plaisantant que, pendant l'exécution, il pleurait en mesure !

Mozart, à 6 ans, composait de petites pièces de clavecin qu'il exécutait avec goût.

« Que l'on observe les enfants, dit F. Voisin (1), même ceux d'une même faculté, ceux rassemblés dans la même école, qui sont environnés des mêmes objets et voient les mêmes exemples : tandis que les uns se livrent à leurs divers penchants, les autres sont occupés à dessiner avec du charbon, de la craie, différents objets sur les murs, sur le parquet, sur les tables, sur du papier, à découper ou à façonner en cire différents objets ou à réparer des ustensiles de ménage. L'on a vu des garçons de 4 à 6 ans, faire un modèle admirablement exact d'un vaisseau de ligne. A peine le jeune Vaucanson a-t-il regardé le mouvement d'une pendule à travers une fente de son étui, qu'il fait une pendule en bois, sans autre outil qu'un mauvais couteau. Qu'on parcoure l'enfance des grands mécaniciens, des grands dessinateurs, des grands peintres, des grands architectes, on n'en trouvera pas un qui n'ait manifesté, dès sa première jeunesse, les traces de son talent inné.

Lebrun, dès l'âge de 3 ans, s'exerça à dessiner avec du charbon ; à 12 ans il fit le portrait de son aïeul. Christophe Vrein avait, à l'âge de 13 ans, construit une ingénieuse machine pour représenter le cours des astres. Le Père Truchet était encore enfant qu'il exécutait déjà de petites machines qui annonçaient ce qu'il serait un jour. Michel-Ange naquit peintre. A l'âge de 16 ans, il faisait des ouvrages que l'on comparait à ceux de l'antiquité.

Dès sa plus tendre enfance, on trouva Pierre du Laar, surnommé Bamboche, continuellement occupé à dessiner tout ce qu'il voyait. Sa mémoire lui rappelait avec fidélité, même après bien du temps, les objets qu'il n'avait vus qu'une seule fois.

Jean Laurent Bernin fut, à l'âge de 10 ans, en état de faire une tête de marbre qui lui mérita le suffrage de tous les connaisseurs ».

La plupart des grands capitaines anciens et modernes, manifestèrent dès leur plus grande jeunesse, une vocation extraordinaire pour le métier des armes. « L'histoire offre à chaque page quelques exemples de ces génies précoces,

(1) Félix Voisin. *De l'homme animal.* Paris, 1839, p.424.

formés par la nature plutôt que par l'art, dit Foissac » (1).

Richard Cœur de Lion, dès l'âge de 16 ans, ne pouvant contenir son brillant courage et n'ayant pas d'ennemis à combattre, prit les armes contre son propre père.

Bertrand du Guesclin, dont le nom devait être si populaire et qui, devenu homme, devait rendre à la France de si grands services, annonça, dès ses premières années, un caractère belliqueux et une sorte d'humeur farouche que les mauvais traitements ne purent maîtriser; la douceur et le pardon pouvaient seuls dompter cette nature ardente. Toujours luttant avec les enfants du village, il ne voulut jamais apprendre à lire. « Rien ne savoit de lettres, dit une chronique, ne oncques n'avoit trouvé maistre de qui il se laissait doctriner. » Ajoutez à cette humeur querelleuse un extérieur presque difforme qui lui faisait dire, suivant un vieux poëte :

« Mais puisque je suis laid, estre veux bien hardis. »

A 16 ans, il s'échappa de la maison paternelle et se réfugia à Rennes. Quelques mois après eut lieu un tournoi dans la capitale de la Bretagne. Bertrand y combattit inconnu, fut vainqueur et se réconcilia avec sa famille.

Dès l'âge de 10 ans, Turenne n'avait de goût que pour les récits des guerres et des combats. Un officier traita un jour devant lui de fables et de romans les exploits et la vie d'Alexandre. Le belliqueux enfant voulut se battre en duel, et sa mère eut grand'peine à calmer sa colère. Voulant imiter son héros de prédilection, il monta un jour un cheval fougueux dont les plus habiles écuyers n'avaient pu se rendre maître, et parvint à le dompter. Il était si faible et si délicat qu'on n'osait lui faire embrasser la carrière des armes.

Un soir, pendant l'hiver, il se rendit secrètement sur les remparts de Sedan et y passa la nuit. Son gouverneur, qui le cherchait partout, le trouva au point du jour tranquillement endormi sur l'affût d'un canon. « Eh bien ! s'écria-t-il en se réveillant, suis-je assez vigoureux pour être soldat ? » Sa mère ne put résister à ses instances, et Turenne partit pour la Hollande, où il servit, comme simple soldat, sous les ordres de Maurice de Nassau, son oncle.

Comme Turenne, Ambroise de Boufflers montra dès sa

(1) Foissac. La chance et la destinée, 1876. J.-B. Baillière, édit.

plus tendre enfance une vocation décidée pour la carrière des armes. Ses premiers jouets furent des soldats de bois qu'il faisait manœuvrer.

Son éducation n'avait pas été négligée, et il apprit avec une singulière facilité, l'anglais, l'allemand, l'espagnol et l'italien. Il avait à peine dix ans lorsque son père l'emmena à l'armée d'Allemagne, commandée alors par le maréchal de Noailles. On connaît sa triste fin prématurée. Dans cette campagne un boulet lui broya la jambe. Il rendit le dernier soupir à peine l'amputation eut-elle été faite.

Le métier de marin exerce sur les cœurs des attractions plus puissantes encore que celui de soldat.

Duquesne, un des plus grands amiraux qui aient illustré la marine française, formé sous les yeux de son père, habile capitaine de vaisseau, avait donné une si haute idée de son courage et de ses talents, qu'à peine âgé de 17 ans, il fut nommé au commandement d'un vaisseau avec lequel il contribua à chasser les Espagnols des îles Lérins et préluda ainsi à une carrière de gloire.

Les lettres ont eu, et ont aussi leurs enfants prodiges : qui ne connaît Jean Pic de la Mirandole ? A l'âge de 10 ans, cet enfant passait pour l'un des grands orateurs et l'un des poètes les plus distingués de l'Italie. Il parlait avec facilité le latin, le grec, le chaldéen, l'hébreu, l'arabe. A 13 ans, il soutint devant Lulle, le plus illustre professeur de l'Europe, une thèse avec tant d'éclat, qu'il obtint du podestat de Modène la grâce de son père et de tous ses parents exilés.

Bossuet se fit remarquer par sa précoce intelligence. Lorsqu'il passa sa première thèse à 16 ans, il fut accueilli avec un véritable enthousiasme. Sa réputation franchit bientôt les limites du vieux quartier de la Sorbonne, et il fut invité à se rendre à l'hôtel de Rambouillet. Le jeune écolier fut prié de composer un sermon. Après quelques minutes de réflexion, il parla avec tant d'onction et de facilité qu'il étonna ses illustres auditeurs. Il était alors onze heures du soir : « Je n'ai jamais entendu, dit Voiture, prononcer un sermon ni si tôt ni si tard. »

Bossuet ne démentit pas un si beau début.

François de Neuchâteau fut, dit son biographe, « l'un des prodiges du siècle de Louis XIV. A l'âge de 7 ans, cet enfant parlait plusieurs langues, était assez bon musicien et composait des vers avec une étonnante facilité. »

D'Aubigné lisait le latin, le grec et l'hébreu à l'âge de 6 ans.

Montaigne, son contemporain, avait également à 6 ans « le latin si prêt et si à main, que les plus habiles craignaient de l'accoster ».

J. Bignon, à l'âge de 10 ans, publia une chorographie ou description de la Terre-Sainte, beaucoup plus exacte que toutes celles qui avaient paru jusqu'alors. Trois ans après, il donna, sous le titre de *Discours sur la ville de Rome*, un traité des antiquités romaines, et un ouvrage très savant sur l'élection des papes.

Pope, un des meilleurs poètes de l'Angleterre, montra dès sa plus tendre enfance son goût singulier pour la poésie. A l'âge de 12 ans, il composa une ode, fort estimée encore aujourd'hui sur la vie champêtre.

Qu'on lise la vie des savants modernes, Linné, de Jussieu, Priestley, Bernouillé, Lagrange, Berthollet, Cuvier, Dulong, Ampère, Biot, Thénard, Flourens, Serres, Geoffroy de Saint-Hilaire, Arago, Chevreul, Bertrand.. et tant d'autres : on y verra dès le jeune âge l'amour passionné de la science, le génie opiniâtre et fécond, enfin le travail sans relâche couronné par la gloire.

Voilà le beau côté de la médaille ; mais à côté de ces enfants précoces qui eurent une vie illustre et qui tinrent dans l'âge mûr les promesses qu'avait donné leur enfance, il en est malheureusement un plus grand nombre qui brillent un moment et tombent dans l'oubli et l'obscurité, quand une mort précoce ne vient pas les enlever. Tel fut, entre autres, René Boudier.

A 15 ans, René Boudier savait le grec, le latin, l'espagnol, faisait de jolis vers et avait des connaissances sur tout : il dessinait, peignait, touchait du luth. Il écrivit un traité de numismatique, des histoires de Rome et de France.., etc., mais il s'arrêta en chemin, resta médiocre et vécut toutefois jusqu'à 90 ans.

D'autres enfin, moins heureux encore, perdent l'esprit et végètent misérablement dans les maisons d'aliénés, en proie à une démence incurable ou à des affections nerveuses les plus graves qui annihilent leur génie.

A ce titre, nous devions rappeler ici ces enfants prodiges qui sont une confirmation éclatante de la parenté indéniable du génie et de la folie.

Sans vouloir admettre comme rejeter sans réserve les diffé-

rentes hypothèses par lesquelles les différents auteurs ont cherché à concilier ce mélange étrange de hautes capacités et de véritable faiblesse intellectuelle que l'on remarque parfois chez un grand nombre d'enfants prodiges, nous nous rallierons cependant aux idées qu'a émises l'auteur de la *Psychologie morbide*. Nous n'avons pas à revenir sur cet ouvrage trop connu de nos lecteurs et nous nous bornerons à la citation suivante (1), se rapportant à notre sujet et expliquant pourquoi et comment ces enfants devaient trouver place dans notre étude : « On voit des enfants en bas âge, avant que la raison soit éclose, alors que toute spontanéité morale est absente, manifester ces penchants, ces aptitudes à un degré vraiment extraordinaire. Ceux-là, nous le savons, lorsqu'ils deviennent fous (ce qui manque rarement d'arriver), on s'abstient généralement de les accuser d'avoir été eux-mêmes les artisans de leur maladie, en ne luttant pas avec assez de courage. Il est trop évident que la lutte, ici, était impossible.

Mais qu'on y prenne garde, ici les objets ne sont que grossis. Ce qui est vrai pour les esprits précoces, les intelligences exceptionnelles, l'est également, quoique dans des proportions plus restreintes, pour le commun des hommes, les lois de l'organisation sont les mêmes pour tous.

Prenons un exemple entre mille : tout le monde sait à quel point les frères Mondeux étaient doués, ou mieux possédés du génie des mathématiques. Mais ce que beaucoup ignorent, c'est que ces mêmes enfants étaient atteints d'affections nerveuses congéniales des plus graves et qu'en dehors des chiffres, leur intelligence était restée au-dessous de la moyenne.

La plupart des enfants précoces sont dans le même cas. On sait qu'en général, ils sont maladifs et meurent de très bonne heure par suite des lésions du système nerveux, du cerveau principalement.

Dira-t-on que ces individus ne doivent le délabrement de leur santé et leur fin prématurée qu'à des excès d'études, de travail cérébral ? Cela est vrai, mais non pas dans le sens où on veut l'entendre. La volonté joue ici un rôle bien secondaire, le premier appartient aux conditions spéciales dans lesquelles se trouve l'organisme. Travaux intellectuels, troubles nerveux sont évidemment les effets d'une

(1) Moreau de Tours, *Psychologie morbide*.

même cause, les produits d'une action organique exagérée. La meilleure preuve c'est, que, en dehors du développement extraordinaire de certaines facultés, on trouve presque table rase dans le cerveau.

Chez les enfants prodiges et aussi chez les hommes exceptionnels dont le cerveau, cet atelier de la pensée, est dans une incessante activité, les désordres de la névrosité, physiques et moraux, la mauvaise santé générale, la mort enfin, ne sont que la mise à exécution des lois de la vie et de l'organisme d'après lesquelles l'état de surexcitation nerveuse, lorsqu'il dépasse certaines limites, doit nécessairement amener le trouble des fonctions, le délire, la folie, quand ces fonctions sont d'ordre moral, les spasmes, les convulsions pour les fonctions de la motilité.

Les faits nombreux cités dans la *Psychologie morbide* viennent à l'appui de cette thèse : nous ne nous étendrons pas sur cette question, d'ailleurs toujours brûlante d'actualité.

Dr Paul Moreau (de Tours).



L'ICTUS ÉMOTIONNEL EN MÉDECINE MENTALE

par M. le Dr Alex. Paris
médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

Par *ictus émotionnel*, j'entends la mise en jeu subite et violente de l'impressionnabilité d'un individu à la suite d'un accident quelconque, de manière à frapper son imagination et son attention profondément et d'une façon durable.

La littérature médicale est déjà riche en observations d'affections mentales guéries à la suite de mutilations, de suppurations, etc., mais je ne veux m'occuper ici que des améliorations presque subites après un accident. Les conséquences immédiates de tout accident, hémorrhagie, ou fracture, ou douleurs, etc., ne suffisent pas, à mon avis, pour déterminer l'amélioration brusque d'une maladie mentale et il faut, pour l'expliquer, faire intervenir un autre élément : l'ictus émotionnel. Je vais essayer de l'établir ; cela me permettra, du reste, de faire connaître quelques observations qui me paraissent intéressantes à divers égards.

Je ne crois pas que l'attention ait été attirée d'une façon spéciale sur l'importance de cet ictus. Et, cependant, on admet bien qu'une impression vive, qu'une émotion violente peut exercer une influence assez profonde pour déterminer l'épilepsie, l'aliénation mentale, etc. ; je ne vois pas pourquoi une émotion aussi vive éprouvée par un aliéné curable ne pourrait pas, par un mécanisme semblable, avoir un effet analogue, c'est-à-dire, dans son cas, salutaire.

Mais prenons des faits et discutons-les, en opposant deux accidents analogues dont auront été victimes deux sujets atteints de maladies mentales non encore améliorées :

1° P... (Louise), âgée de 19 ans, célibataire, cultivatrice, entre le 7 février 1890, atteinte de manie aiguë (symptômes classiques). Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents. Implantation irrégulière des incisives. Un peu de strabisme divergent. Instruction primaire. Menstruation régulière.

Jusqu'au 29 avril un traitement rationnel est suivi ; il ne donne aucun résultat.

Le 29 avril, P..., arrivant sur une passerelle qui donne accès au bâtiment d'hydrothérapie, grimpe avec une agilité et une imprévoyance qu'expliquent seules son agitation et son inconscience, sur les côtés de cette passerelle et se précipite d'une hauteur de 4 mètres environ ; elle se fracture le tibia et le péroné droit à

l'union du tiers moyen et du tiers inférieur et une hémorrhagie veineuse se produit à ce niveau. Au moment où on la relève, la malade paraît complètement surprise de se trouver à terre incapale de se relever elle-même ; son agitation est sensiblement tombée. De l'excitation persiste pendant quelques jours, mais beaucoup moins vive et il est possible de fixer, au moins pendant quelques instants, l'attention de la malade. Bientôt on constate une amélioration beaucoup plus prononcée ; P... commence à se rendre compte de la gravité de l'accident, est capable de soutenir davantage son attention ; mais l'amélioration remonte réellement au moment de l'accident, car, je le répète, bien que l'excitation ait persisté, elle était moins vive et la malade pouvait, au moins pendant quelques instants, tenir compte des observations qui lui étaient faites ; l'attention commençait donc à reparaître.

Moins de six semaines après l'accident, P... était complètement calme, facile à diriger, se rendait compte de sa situation et s'occupait.

Elle est sortie guérie le 16 juillet.

2° B... (Marie-Madeleine), femme M..., âgée de 39 ans, entre à l'asile le 1er juillet 1883. C'est une mélancolique obsédée par des idées de suicide. Trois semaines après son admission, elle réussit à déjouer la surveillance, se précipite par une fenêtre et se fracture les deux jambes.

La consolidation se fait sans que l'état mental se modifie sensiblement et ce n'est que le 18 février 1886, plus de 2 ans après l'accident, que la malade quitte l'asile par suite d'amélioration très prononcée et non de guérison.

Voilà un accident susceptible de comparaison avec le précédent, mais il frappe une malade dont l'état mental est différent de celui de P...; chez l'une l'accident est une surprise, chez l'autre, c'est un acte prémédité, préparé ; chez la première, l'attention est vivement frappée, bien qu'elle n'en ait pas conscience ; chez la seconde il n'y a aucun ictus émotionnel, puisqu'elle n'ignorait pas quelques minutes avant de se précipiter qu'elle allait s'exposer à mourir ou peut-être à se blesser grièvement.

A rapprocher encore de ces cas le fait suivant :

3° B... (Elisabeth), femme D... âgée de 28 ans, entre à l'asile le 11 mai 1877, atteinte, d'après le certificat de 24 heures de M. le docteur Sizaret, de « folie puerpérale avec prédominance d'idées de suicide. » Cette femme a fait, étant encore chez elle, deux tentatives de suicide, l'une par submersion, l'autre par le phosphore. A son arrivée à Maréville, elle a de nouveau cherché à se tuer en se précipitant par une fenêtre ; elle s'est fracturé la cuisse

droite. L'état mental ne s'est pas modifié à la suite de cet accident en quelque sorte voulu. La malade refusait les aliments, se croyait enterrée, voyait des vers autour d'elle, etc.

La première amélioration notée par mon prédécesseur est datée du 17 octobre 1877 et la sortie par suite de guérison n'a eu lieu que le 5 mars 1878.

Voici d'autres faits plus instructifs :

4° J'ai publié, dans les *Annales médico-psychologiques* de mars 1883, l'observation d'une aliénée chez qui une amélioration de l'état mental se produisit immédiatement après une automutilation ; ce n'était pas une impulsive. J'ai attribué alors cette amélioration à l'hémorrhagie et à l'émotion. Il s'agissait d'une lypémaniaque sous l'influence d'un délire très actif et je n'hésiterai pas aujourd'hui à faire jouer à l'émotion, au réveil subit de l'attention, le plus grand rôle.

Cette femme, en brisant du bois pour allumer son feu, éprouva un fourmillement dans le bras droit et, en même temps, aperçut un chat à côté d'elle ; elle pensa aussitôt que son bras avait été mordu par le chat et qu'elle avait ressenti un tremblement parce que l'animal était atteint de rage. Elle prit une hache et s'amputa la main droite (gauchère). Immédiatement elle se rendit compte de la gravité de l'acte qu'elle venait de commettre, des conséquences sérieuses qui allaient en résulter pour une malheureuse ouvrière ; on la plaça néanmoins à Maréville, mais elle y arriva en convalescence mentale. C'est bien l'émotion vive, l'anxiété de l'avenir pour ainsi dire, qui est la principale caractéristique de son état psychique après la mutilation ; mais cette anxiété qui implique de la réflexion ne peut être que consécutive au réveil de l'attention. Sans attention, en effet, pas de réflexion possible.

L'hémorrhagie a été, évidemment, très abondante, car la radiale et la cubitale avaient été sectionnées et un médecin ne s'était pas trouvé là tout à fait au moment de l'accident. Mais cette hémorrhagie ne pouvait qu'amener ou une syncope ou une suractivité fonctionnelle du système nerveux (suractivité passagère), ainsi que maints faits physiologiques l'ont absolument démontré.

Je me rappelle le cas d'une nommée G..., admise à l'asile de Châlons-sur-Marne, le 5 septembre 1887, atteinte de manie ; une amélioration se produisit en mars 1888 et en juin de la même année, la guérison paraissait certaine. J'étais sur le point de mettre cette femme en liberté lorsqu'une épistaxis excessivement abondante éclata. Le tamponnement fut nécessaire ; G... devint immédiatement loquace et très mobile ; elle réussit à se débarrasser du pansement : une nouvelle perte de sang (écoulement

au fil) s'ensuivit. A partir de ce moment et pendant plusieurs mois la malade a été très agitée.

J'ai saigné des maniaques congestifs, j'ai vu quelquefois l'agitation tomber après les émissions sanguines, mais l'incohérence des idées restait ; il manquait l'ictus émotionnel.

L'observation suivante serait, seule, suffisamment probante ; ce sera donc la dernière :

5° St... (Marie), âgée de 22 ans, domestique, célibataire, entre à Maréville le 24 mars 1890.

Après avoir passé quelques jours dans le service de M. le professeur Bernheim où elle était entrée atteinte d'influenza, elle donna quelques signes d'aliénation mentale et fut transférée, pour y être spécialement observée, dans le service de M. le professeur Feltz qui l'envoya dans le mien par un certificat en date du 23 mars 1890, ainsi conçu : « Est atteinte de lypémanie déclarée, elle refuse surtout les aliments... »

Les antécédents, au point de vue de l'hérédité, seraient bons. Notons cependant une exagération du diamètre bi-pariétal.

Le dernier écoulement cataménial aurait eu lieu le 20 décembre 1889 ; il a duré 3 jours. Jusqu'à ce moment la menstruation avait été régulière.

Lors de l'admission, nous constatons de la dépression avec orthopnée, stases sanguines, cyanose de la face et des extrémités, herpès labial ; cependant l'examen des organes intra thoraciques ne révèle l'existence d'aucune lésion.

L'état mental est caractérisé par des idées de culpabilité, de la lenteur des conceptions, des hallucinations de l'ouïe, une anxiété assez prononcée et des tendances au suicide ; la malade refuse toute alimentation. Pendant quelques jours il est nécessaire de la nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne. Des vomissements incoercibles (grossesse) se produisent, St... maigrit, devient complètement stupide, reste absolument inerte, ne paraît s'intéresser à rien ; la circulation se ralentit encore, la cyanose de la face et des extrémités s'accentue...

Vers la fin de mai, St... commence à sortir de cet état de stupeur, elle consent à s'occuper, accepte plus volontiers les aliments et, à partir de ce moment, l'état physique et l'état mental s'améliorent de jour en jour ; la guérison est confirmée le 21 août, jour où cette fille quitte mon service pour entrer à la Maternité. Elle était grosse de 8 mois.

Remarquons que c'est vers la fin de mai qu'une amélioration s'est produite ; mais c'est aussi à cette époque que les premiers mouvements du fœtus se sont fait sentir.

L'accouchement a eu lieu le 24 août 1890. L'enfant ne pesait que 2,400 grammes, poids ordinaire du fœtus de 8 à 9 mois. Les suites ont été normales. St... est rentrée dans sa famille avec son enfant.

On peut invoquer comme causes de cette maladie mentale deux ordres de phénomènes physiologiques : 1° ceux consécutifs (débilité physique) à l'influenza ; 2° la grossesse. Deux causes aussi peuvent avoir amené la guérison : 1° l'amélioration de l'état physique ; 2° la grossesse ; à mon avis, c'est la seconde qui aurait déterminé la première, car il est à noter que St... n'a commencé à s'alimenter à peu près régulièrement que lorsqu'elle a ressenti les mouvements du fœtus, mais ces mouvements et cette certitude de grossesse, ainsi qu'elle me l'a dit, l'ont vivement impressionnée et c'est ce choc moral, cet ictus émotionnel qui a été le véritable point de départ de l'amélioration ; sans lui, sans l'émotion brusque, nous n'aurions pas assisté à une modification soudaine aussi prononcée.

Il ressort aussi de ce fait que la grossesse peut être, à la fois, une cause d'aliénation mentale et une cause de guérison.

Je pourrais encore demander aux relations de mutilations des arguments établissant bien l'importance de l'ictus émotionnel. C'est un fait incontestable que l'impulsif guérit souvent après l'accomplissement d'un acte violent, que les violences aient été exercées sur autrui ou sur lui-même, mais, en parcourant les observations publiées, on pourra remarquer que les mutilations sont suivies d'*amélioration brusque et de guérison rapide* seulement lorsque, chez les sujets mutilés, on peut trouver l'ictus émotionnel. Elles ne déterminent, par exemple, aucun changement brusquement favorable chez les aliénés à idées de suicide liées à d'autres idées délirantes qui, eux, se mutilent en cherchant à se donner la mort et que, dès lors, la mutilation n'émotionne pas outre mesure, puisqu'elle était calculée, tandis que celle de l'impulsif ou du maniaque, incapable de réflexion soutenue, ne l'est pas et frappe l'attention en la surprenant ; l'impulsif, en effet, s'efforce, le plus souvent, pendant quelque temps au moins, de résister à ses tendances et il est généralement surpris par l'accomplissement de l'acte.

En somme, pour que l'ictus émotionnel se produise et amène une amélioration brusque, il faut que l'impressionnabilité du sujet, son émotivité, puisse être mise en jeu assez violemment pour que l'attention soit vivement rappelée.

Qu'est-ce qui frappe mieux l'attention que l'émotion profonde ? Mais frapper l'attention, c'est la base du traitement moral. Pour-

quoi donc l'ictus ne déterminerait-il pas, lui qui appelle l'attention, une amélioration mieux que le traitement moral qui la domine rarement (ou peut-être jamais) ?

A mon avis, l'ictus émotionnel aurait une influence assez vive pour faire que, souvent, sous son action puissante, un cerveau fonctionnant bien soit troublé et réciproquement.

L'ictus une fois produit fait vibrer la sphère des émotions, sphère qui, chez nous normaux, joue souvent un si grand rôle, puisqu'elle appelle nos réflexions, nous fait peser nos déterminations et dont nous sentons longtemps l'influence lorsqu'elle est mise en éveil. Après l'ictus, on pourra bien observer encore quelques fluctuations dans l'état mental ; mais, finalement et à bref délai, la marche vers la guérison apparaît régulière.



PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

De la sollicitation isolée du lobe gauche et du lobe droit dans l'état hypnotique, au point de vue des manifestations de la parole,

Par J. Luys.

Dans l'ordre des idées actuellement développées au sein de la Société de Biologie relativement à la localisation de la faculté du langage, je viens rapporter une expérience que j'ai imaginée et qui prouve que la faculté du langage peut se manifester avec un seul lobe cérébral en action, — que l'on peut choisir à volonté le lobe droit ou le lobe gauche et constater que l'exercice de la parole s'observe parfaitement avec ce seul lobe.

On sait que dans les expériences d'hypnotisation, on peut dédoubler l'unité de l'être vivant. On peut artificiellement scinder son individualité en deux moitiés, moitié gauche, moitié droite, et faire que chacune de ces moitiés soit dans un état d'activité différent de sa congénère.

On peut, par exemple, faire qu'une moitié du corps soit mise en léthargie seule et que l'autre moitié reste à l'état de veille. Le sujet placé alors dans cette bizarre situation mentale est vivant d'un côté et torpide de l'autre ; et, si on l'interroge, il répond qu'il se sent coupé en deux. Avec son demi-cerveau qui continue à être en éveil, il raisonne encore, il rend compte de ses impressions, il sent qu'il lui manque un côté, et, chose étrange, il s'exprime avec le plus grand sang-froid sans la moindre émotion de se trouver ainsi amoindri. — Eh bien, les choses se passant ainsi, on comprend qu'il soit parfaitement possible de faire appel à cette curieuse disposition mentale, pour étudier la question de l'intervention isolée de chaque lobe cérébral dans l'expression de la parole. On peut donc à volonté annihiler ou faire vivre isolément tel ou tel lobe du cerveau et voir ce qui en résulte. Pour arriver à ce résultat, la chose est très simple :

Il suffit de mettre, à l'aide des procédés usuels, ce sujet en léthargie complète des deux côtés : ceci fait, on constate l'anesthésie bilatérale, l'inconscience absolue et le coma véritable qui en résulte. L'individu est, dans cette situation,

en état de torpidité complète dans son cerveau gauche et dans son cerveau droit.

Alors on procède avec précaution au réveil d'une moitié isolée du sujet en laissant par conséquent l'autre lobe à l'état torpide.

Dans le cas qui nous occupe, pour réveiller, par exemple, exclusivement le lobe droit du sujet endormi, comment procède-t-on ?

Puisqu'il s'agit du lobe droit à réveiller, agissons sur l'œil gauche, à cause de l'entrecroisement ; relevons la paupière. — Immédiatement, comme chacun sait, les vibrations lumineuses ébranlant la rétine, vont illuminer le lobe droit et déterminer à la suite un état nouveau qui est la catalepsie. Dans ce cas, la catalepsie se manifeste isolément du côté gauche du corps.

Ceci fait, nous procédons suivant la méthode usuelle, pour arriver au réveil complet. Un léger frôlement du doigt est fait sur la région frontale ; l'état cataleptique est remplacé par l'état de somnambulisme lucide unilatéral. — Le sujet parle alors. Je lui donne la suggestion de se réveiller et, suivant les entraînements habituels, le sujet passe progressivement à l'état de réveil complet, mais éveillé d'un seul côté. Si bien qu'on arrive avec cette méthode expérimentale si simple à avoir devant soi le spectacle imprévu d'un individu à moitié torpide, à moitié éveillé, qui, d'un côté, est en pleine léthargie, avec anesthésie complète et hyperexcitabilité neuro-musculaire et qui, de l'autre, est conscient du monde extérieur, puisqu'il voit, qu'il sent, qu'il entend, qu'il parle et répond avec ses appréciations personnelles, aux interrogations qu'on lui fait.

L'expérience ayant été ainsi conduite, on arrive à se convaincre que le seul lobe droit a été mis en activité et, comme conséquence immédiate, que le sujet, ainsi artificiellement préparé, se comporte, au point de vue de la perception des choses extérieures, de même qu'au point de vue de l'émission de la parole, comme s'il était complet et comme si sa cérébration était bilatérale.

Il n'y a ici qu'une dissemblance à signaler, c'est que la puissance phonétique est atténuée ; la voix du sujet devient basse et faible, comme je l'ai constaté souvent chez des hémiplégiques qui n'ont plus qu'un lobe cérébral en activité. Je remarquai aussi que la force d'attention était très

notablement diminuée. La faculté d'écrire était pareillement troublée. Le sujet, dans ce cas, peut encore tracer des caractères graphiques. Seulement, comme il se sert de sa main gauche inexercée, les caractères sont mal tracés et, chose remarquable ! — il ne peut écrire que la moitié des mots. Le sujet se nommant *Théophile*, par exemple, il n'écrit que *Théo*. — Je lui dis d'écrire *mardi*, il écrit *mar*.

Veut-on lui faire lire quelque chose, en lui présentant des caractères imprimés, il les reconnaît bien isolément, il les assemble, mais il ne lit que la moitié des mots ; il ne voit pas la deuxième moitié. — Je lui présente, par exemple le mot *imprimerie*, il ne déchiffre que les lettres *impr*. — Je lui présente le nombre 1890. Il ne voit que le *1* et le *8*. — Nous verrons plus loin l'explication de ce phénomène.

Je fais à ce moment l'examen dynamométrique, et le sujet, qui ne dispose que d'un lobe cérébral, ne donne que 22 kilogrammes de la main gauche, alors qu'avant de commencer l'expérience, alors que l'innervation motrice était bilatérale, il donnait 40 kilogrammes, à peu près le double de ce qui est donné dans l'état présent. Ce qui semble indiquer que dans toute action motrice, même unilatérale, à l'état de veille, les deux lobes cérébraux agissent synergiquement au point de vue de la distribution de la force motrice.

On peut corroborer cette expérience après réveil complet du sujet en mettant en action son autre lobe cérébral et en faisant ainsi par comparaison agir isolément le lobe gauche.

On constate alors les mêmes phénomènes, seulement, il y a un complément nécessaire qui se révèle d'une façon bien instructive. — L'activité du lobe gauche ayant, chez l'individu non gaucher, une activité normale et prépondérante, on constate tout d'abord que l'émission de la voix est plus forte, son timbre est plus sonore et de plus, vient-on à lui présenter des caractères écrits, on constate alors qu'il ne voit plus que la dernière syllabe de chaque mot.

Précédemment, avec son lobe droit, il ne voyait que la première syllabe ; —du mot *Théophile*, il ne voyait que *Théo* ; et actuellement, qu'il n'agit qu'avec son lobe gauche seul, il ne voit plus que la syllabe *phile*, la syllabe *Théo* est inaperçue pour lui. — Du mot *imprimerie*, il ne voyait précédemment que la syllabe *impr*, actuellement il ne voit que la deuxième portion, *imerie*. Sur le nombre *1890*,

il ne voyait précédemment que *18*, actuellement il ne voit que *90*. Le champ visuel est donc réduit de la moitié avec la suppression de moitié du champ visuel cérébral, puisqu'il n'y a qu'un seul lobe qui agit.

Il semble donc résulter de cette observation que les lobes gauche et droit du cerveau se complètent pour obtenir une vue d'ensemble et simultanée des objets. A chaque lobe cérébral appartient un champ visuel approprié, l'un, pour la moitié gauche, l'autre, pour la moitié droite des objets et la vision unique résulterait de la synergie des deux lobes anastomosés en une action mutuelle.

Il y a encore un point intéressant à noter dans cette expérience, c'est la vérification de ce que nous avons indiqué tout à l'heure au sujet de la puissance dynamique du côté droit, actionné normalement par le lobe gauche, lequel est annihilé expérimentalement. A l'état d'hémi-veille, le sujet donne 22 kilogrammes de pression, et à l'état physiologique, il donne 40 kilogrammes. Ces chiffres sont concordants avec ceux que nous avons obtenus du côté opposé.

L'individu est donc scindé en deux par le fait de l'état torpide de la portion de lui-même mise en léthargie ; il perd une partie de sa puissance dynamique ; il ne vaut plus que la moitié de lui-même.

Réveillez-le de l'autre côté, reconstituez ainsi son unité, le contingent qui était torpide apporte alors son appoint à l'ensemble. La puissance dynamique arrive au double : elle donne 40 kilogrammes au lieu de 22.

Il résulte de cette expérience une conclusion très importante au point de vue de la physiologie cérébrale : c'est l'action synergique que jouent les deux lobes cérébraux dans les opérations motrices. — Si, dans certaines circonstances, chacun des lobes cérébraux paraît avoir une certaine indépendance fonctionnelle ; si nous pouvons, par exemple, commander certaines actions musculaires indépendantes du côté gauche et du côté droit ; au point de vue de la puissance motrice mise en action, on se voit amené à reconnaître qu'ils concourent synergiquement tous les deux à la perpétration de l'acte moteur, et que chaque mouvement unilatéral est à notre insu doublé d'une dose d'incitation motrice irradiée du côté opposé.

En résumé, ces curieuses expériences de physiologie cérébrale nous permettent d'étudier avec plus de précision

le rôle isolé de chacun des lobes cérébraux dans la plupart de leurs manifestations, puisqu'on peut expérimentalement les annihiler, les mettre isolément en action et juger ainsi les effets que leur absence entraîne.

Néanmoins, tout en considérant les données actuelles de la science, au sujet de la part à faire au lobe gauche dans l'expression du langage, comme très légitimement acquise, la participation physiologique du lobe droit à cette même faculté nous paraît devoir être actuellement posée.

Dans quelle proportion en effet ce lobe droit prend-il part à l'exercice de la parole ? — Est-il incessamment associé à l'activité de son congénère ?

Lui prête-t-il un concours continu ou simplement intermittent ? Ce sont là des questions encore toutes nouvelles et sur lesquelles il nous est impossible d'avoir de données précises.

Néanmoins, on peut dire que, suivant toute probabilité, le lobe droit doit avoir aussi son rôle dans l'expression de la faculté du langage, puisque son absence, ainsi qu'il résulte de l'observation du Dr Mabille, suffit à suspendre la fonction. En vertu d'une situation analogue à celle d'un attelage à deux chevaux, un cheval vient-il à tomber en route, par exemple, la voiture ne peut plus avancer, la fonction locomotive ne peut plus s'accomplir, quoique l'autre cheval soit demeuré indemne ; il sert donc à quelque chose. — Tout porte donc à croire que dans la fonction si complexe et si délicate de l'expression verbale, les deux lobes cérébraux ont une action synergique et, de plus, simultanée.

Dans la grande majorité des cas, c'est le lobe gauche qui, seul, paraît avoir particulièrement la parole, mais il est vraisemblable que son congénère l'accompagne et soutient ses efforts dans l'exercice de la fonction commune, comme un bon cheval qui complète un attelage, et que ces deux foyers d'innervation cérébrale ainsi associés forment une unité dynamique complète, se prêtant un mutuel appui ; et qu'en somme, la doctrine de la localisation de la faculté du langage dans le lobe gauche et surtout dans un pli isolé de ce même lobe (troisième circonvolution gauche), ne doit pas être acceptée comme l'expression complète de la réalité des choses.

PROPOSITION DE LOI DE M. REINACH

SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS,

Dr RENÉ SEMELAIGNE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Une proposition de loi de M. Joseph Reinach sur le régime des aliénés, distribuée dernièrement à la Chambre des Députés, reprend, avec quelques modifications, le texte adopté par le Sénat les 14 décembre 1886 et 11 mars 1887. Que d'efforts déjà tentés contre cette loi du 30 juin 1838, qui fut pourtant l'œuvre d'hommes éclairés, d'une haute valeur et d'une compétence incontestable ! Que d'attaques aussi injustes que passionnées ! Prenons, par exemple, le projet de loi déposé au Corps Législatif, le 11 mars 1870, par MM. Gambetta et Magnin, projet dont la seule excuse, à nos yeux, est d'avoir été conçu dans un but de politique et d'opposition. Ses auteurs l'ont laissé soigneusement dormir dans les cartons depuis la chute de l'empire ; qu'il y repose en paix. Nous ne pouvons cependant nous défendre de citer l'axiome suivant, reproduit par ce projet justement enterré : « Et d'abord, d'où viennent les vices de la loi (de 1838) ? L'explication en est bien simple. C'est qu'une partie a été conçue ou dictée par des médecins, hommes spéciaux qui n'entendent rien à l'art de faire des lois ; l'autre appartient tout entière à des légistes qui ne savaient pas le premier mot de la médecine. » Si pour concevoir et rédiger une loi médicale, on doit éviter avec soin le concours des médecins et des légistes, à qui donc s'adresser ? Serait-ce par hasard à des architectes et à des négociants ? Et plus loin : « Exiger l'intervention de la magistrature pour le placement des aliénés n'est point assez, il faut celle du jury ; lui seul présente les hautes qualités d'impartialité et d'indépendance d'esprit, que la loi veut assurer aux accusés devant la justice criminelle, et qui ne sont pas moins nécessaires ici. Le magistrat est homme ; il ne saura peut-être pas résister aux sollicitations de l'autorité publique ou d'une famille puissante ; il se laissera peut-être influencer à l'excès par l'avis du médecin expert ; à Paris et dans les grandes villes où les demandes de placement sont les plus nombreuses, il se laissera peut-être prendre aux séductions de la médecine aliéniste et verra partout l'aliénation mentale parce qu'il l'aura une fois rencontrée. Il faudra reconnaître enfin que juger si un homme est fou, et de plus dangereux, est une

question de bon sens; qui peut mieux la résoudre que douze hommes dont six représentent des corporations éclairées comme le tribunal, le barreau, le notariat, le conseil municipal ; six autres pris sur la liste annuelle du jury représentant le bon sens vulgaire, trop longtemps laissé à la porte de l'enceinte ténébreuse où la médecine aliéniste rend ses oracles? L'autorité judiciaire a d'ailleurs sa part d'influence légitime dans ce jury; elle le préside et elle y est représentée par un membre du tribunal et un juge de paix. La médecine y est aussi suffisamment représentée, puisque l'expert y est entendu, et qu'un médecin siège dans le jury. »

N'insistons pas. On ne nous offre plus le jury, ce dont nous nous réjouissons au nom même de la liberté individuelle; en effet, plus il y a de participants à un acte quelconque, moindre est la responsabilité. Aujourd'hui, les auteurs d'une séquestration arbitraire seraient aisément atteints et frappés par la loi. Mais avec le jury, qu'adviendra-t-il? car il est loin d'être infaillible surtout lorsqu'il décide de questions qu'il ignore absolument. Ceux qui réclament cette institution l'ont puisée dans les vieilles coutumes anglaises concernant les Chancery Lunatics ; mais on ne doit prendre chez ses voisins que les choses bonnes et utiles, et leur laisser les autres. Du reste, depuis l'acte de 1853 (16 and 17 Victoria) l'enquête devant le jury n'est plus obligatoire et n'a lieu que sur la demande expresse du malade. Le Lunaaj Act. 1890 porte que, quand une personne présumée aliénée, soumise à une enquête, réclame la réunion d'un jury, le juge en aliénation peut, s'il reconnaît à la suite d'un examen personnel que ladite personne n'est pas mentalement capable de formuler un tel désir, refuser son autorisation, et soumettre simplement le cas aux Masters in Lunaaj.

Mais revenons à la proposition de M. Reinach. Dans l'exposé des motifs, l'auteur remonte aux sources de la médecine mentale et invoque le témoignage de Galien pour prouver que la thérapeutique gréco-romaine avait déjà recommandé de n'user jamais de violence ni de force avec les frénétiques et les maniaques. Cette affirmation, à un point de vue général, nous semble trop absolue ; Celse, un des apôtres du traitement moral et de la douceur à l'égard des aliénés, ne dit-il pas : « Quant aux moyens coercitifs, ils sont inutiles pour ceux qui n'ont qu'un délire de paroles ou peu d'agitation, mais les violents sont attachés et mis par suite hors d'état de nuire à eux-mêmes et à ceux qui les entourent. Les aliénés rebelles sont domptés par le jeûne, les fers et les châtiments. » Ces préceptes nous paraissent empreints

de barbarie et d'inhumanité, mais pour les juger sainement, il faut se reporter à l'époque dont ils ne sont que le reflet. M. Reinach, après avoir rappelé les bûchers du moyen-âge et signalé l'œuvre immortelle et féconde de Pinel, résume la loi du 30 juin 1838, « loi d'assistance et de sécurité publique ». Il ne nie pas qu'elle ait réalisé un progrès énorme sur toutes les législations antérieures et contemporaines, qu'elle ait été vraiment dictée par un esprit de justice, d'humanité et de sage préservation, mais elle n'a pas, suivant lui, pris contre le danger des séquestrations arbitraires, contre l'erreur et contre le crime, des précautions suffisantes ; la revision s'en impose.

Nous résumerons le plus succinctement possible le nouveau texte de loi proposé à la Chambre des Députés.

Les asiles publics doivent comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement, l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins. Chaque département est tenu, dans un délai de dix ans, d'avoir un établissement public destiné à recevoir les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public d'un autre département ; jusqu'à l'expiration de ce délai, les départements pourront traiter avec des établissements privés. Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais commun un asile public d'aliénés. Chaque commission de surveillance se compose de sept membres, savoir : deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, deux membres choisis par le préfet, un juge titulaire ou suppléant désigné par le tribunal du lieu où l'établissement est situé, un médecin inspecteur et un curateur ; ces deux derniers nommés par le ministre de l'intérieur sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés pour le médecin, par le tribunal civil du chef-lieu pour le curateur.

Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres, dont le Ministre de l'Intérieur détermine les conditions. Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine ; les professeurs et agrégés des facultés de médecine ; les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de médecin inspecteur des aliénés, de directeur médecin ou de médecin chef d'un asile d'aliénés ou des quartiers d'hospice ; les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leurs enseignements ou leurs écrits sur les maladies mentales seraient l'objet d'une présentation du Comité supérieur. Chacun des établissements publics ou privés est visité au moins une fois chaque année par des inspecteurs généraux.

Le Comité supérieur des aliénés sera composé comme il suit :

un membre du Conseil d'Etat élu par le Conseil ; un membre de la Cour de Cassation élu par la Cour ; le Procureur général près de la Cour d'appel de Paris, ou l'un des membres du parquet de cette Cour désigné par lui ; un membre de l'Académie de médecine élu par l'Académie ; un des professeurs des facultés de médecine de l'Etat chargés de l'enseignement clinique des maladies mentales désigné par les professeurs chargés du même enseignement ; un directeur du ministère de la Justice désigné par le ministre, un directeur du Ministère de l'Intérieur choisi de la même manière ; les inspecteurs généraux du service des aliénés. Les membres désignés par le Conseil d'Etat, la Cour de Cassation, l'Académie de médecine ainsi que le professeur délégué sont élus pour cinq ans.

Les chefs responsables des établissements publics ou privés consacrés aux aliénés, ne pourront recevoir une personne présentée comme atteinte de maladie mentale, sans que la demande d'admission soit accompagnée d'un rapport au Procureur de la République, signé d'un docteur en médecine. Le rapport, très circonstancié, indiquera la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours, les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le docteur en médecine qui propose l'internement.

En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport sommaire, mais le médecin certificateur doit, dans un délai de deux jours, produire un rapport détaillé.

Les personnes admises dans les établissements d'aliénés ne sont internées qu'à titre provisoire, et sont placées en conséquence dans un quartier d'observation. Elles y sont maintenues autant que les exigences du traitement le permettent. Si le médecin, avant la décision de la Chambre du Conseil, les fait passer dans un autre quartier, il doit indiquer sur le registre la date et les motifs de ce changement.

Dans les vingt-quatre heures, le directeur de l'établissement transmet les pièces à l'autorité judiciaire et au Préfet ; dans les cinq jours de leur réception, le médecin inspecteur et le curateur visitent la personne placée.

Le médecin inspecteur adresse, sans délai, son avis motivé au Préfet et au Procureur de la République. Quinze jours après le placement, il est envoyé au Préfet et au Procureur de la République un nouveau certificat circonstancié du médecin de l'établissement.

Aussitôt après les formalités prescrites ci-dessus, le Procureur

de la République adresse ses réquisitoires écrits avec le rapport médical d'admission, les rapports de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement et l'avis du médecin inspecteur, au tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé. Le tribunal statue d'urgence en chambre du Conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée ; s'il ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve des autres moyens d'information, une expertise médicale.

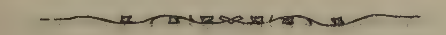
La décision est notifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés pourra, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal, lequel, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les condamnés à des peines afflictives et infamantes, et à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus aliénés ou épileptiques pendant qu'ils subissent leurs peines, sont conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires. Les autres condamnés aliénés sont dirigés sur l'asile départemental.

Tout inculpé considéré comme irresponsable, ou devenu l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêté de non lieu, par suite de son état mental ; tout prévenu acquitté en police correctionnelle, en cour d'assises ou en Conseil de guerre pour la même raison, sera envoyé devant le tribunal en chambre du Conseil, qui statuera à son égard.

Telle est, dans ses grandes lignes, la nouvelle loi proposée à a Chambre des députés ; nous la signalons purement et simplement sans observation aucune également indifférent à l'adoption, au rejet ou à la non discussion. Qu'importent en effet aux médecins aliénistes des règlements plus ou moins compliqués ? Ayant consacré leur vie et leurs forces au soin de malheureux dont la raison est égarée, ils iront droit leur chemin, et sans souci des méfiances injustes, sans crainte des responsabilités, ils ne failliront pas à leur philanthropique tâche.



BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Mars 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes du service.

Nº 18. Clotilde, 17 ans. *Attaque d'hystérie.*

Cette jeune fille continue à aller très bien, elle n'a plus d'attaque et va quitter le service.

Nº 17. Eugénie, femme de chambre. *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

L'état de cette malade est toujours à peu près le même depuis l'amélioration du mois dernier, cependant la marche est plus certaine, elle peut à l'aide d'une canne se conduire seule. Son état d'insensibilité consiste toujours pour le cœur qu'elle ne sent plus battre et pour la tête qu'elle ne sent pas sur ses épaules. Il y a toujours chez elle un état de prostration qui persiste. Cependant elle commence à moins se lamenter et par moment elle voit que sa sensibilité va revenir. Elle a encore été électrisée pendant une quinzaine de jours dans le courant de ce mois sans résultat apparent.

Elle a fait quelques transferts qui lui ont donné un peu de force.

Julia, 23 ans. *Hystérie, névropathie. Guérison.*

Cette malade, qui avait commencé par ressentir de l'amélioration le mois dernier, va tout à fait bien actuellement, elle a quitté le service et est venue à la Charité cette dernière semaine pour confirmer sa guérison.

Malades nouvelles du service.

Judith, 21 ans. *Hystérie, névropathie, état aigu de parésie des extrémités inférieures.*

Les parents sont bien portants, la mère est nerveuse.

Il y a 14 ans, c'est-à-dire à l'âge de 7 ans, à la suite d'une peur, elle s'est aperçue le soir, qu'elle ne pouvait porter le pied gauche à

terre, les douleurs qu'elle en éprouvait étant trop fortes pour qu'elle puisse les supporter. Cet état dura environ 5 ou 6 ans. A cette époque, le bras droit commença à trembler, elle ne pouvait écrire.

Dans la jambe droite elle ressentit un fourmillement, ainsi que des élancements dans les mollets; elle a été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement.

Au moment des époques elles ressent toujours un peu de soulagement. Elle est très impressionnable, pleure et rit sans cause. Quand elle monte les escaliers, elle éprouve des battements du cœur. Tout le mal part des reins. Quand elle se courbe, elle marche mieux.

Si elle veut marcher droite, elle manque de tomber en arrière. (Il faut qu'elle marche sur la pointe des pieds.)

Par moment elle ressent des craquements dans la fesse droite, ainsi que dans toutes les articulations. Le bras se ramène parfois en patte d'oie. Quand elle met un pied à terre, il faut que l'autre soit levé.

Le 24 de ce mois, elle fit un premier transfert avec Béatrice. Après ce premier transfert, le sujet qui n'avait pas vu la malade, fit la description exacte de tout ce qu'elle avait ressenti et ressentait au moment de l'opération. Le bras du sujet prit la position antérieure du bras de la malade. Après cette première séance, il n'y a pas eu de changement dans son état. Après quelques autres transferts l'état commença à s'améliorer un peu. Elle marche avec plus de facilité et elle est moins nerveuse.

Toutes les médications qu'elle avait prises jusqu'alors n'avaient amené aucune amélioration. Elle va continuer son traitement par les transferts, qui ont eu lieu 6 fois.



Salle Louis (hommes).

Malades anciens du service.

N° 25. Louis, 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires.*

L'état de ce malade s'améliore. Les tremblements diminuent Il constate lui-même qu'il va mieux.

N° 26. Henri. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

L'état de ce malade est à peu près stationnaire. Le mieux persiste. Il continue à faire quelques mouvements.

N° 2. G., 28 ans, charretier. *Hystéro-épilepsie.*

Ce malade, qui a suivi régulièrement son traitement par les miroirs, les bains et les douches, va beaucoup mieux. Il a moins d'étourdissements. Il tremble moins dans les avant-bras et dans la jambe gauche.

Il a gagné quelque force, il donne au dynamomètre 44 kilos de pression à droite au lieu de 40, et 28 kilos à gauche comme au début.

Il n'a pas eu d'attaques depuis son entrée dans le service.

Malades nouveaux du service.

N° 28. Louis, 26 ans. *Attaque d'épilepsie.*

Son père, qui est médecin de la marine, est hémiplégique du côté droit.

Sa mère est morte de chagrin de voir son mari paralysé.

A l'âge de 7 ans, il a eu la petite vérole. Il a été très précoce au point de vue de la puberté. A 12 ans il contracta la syphilis. Depuis cette époque il devint maladif. Il perdit la mémoire et en même temps le sens des choses. A 16 ans il eut les premières attaques. Il se mordait la langue et frappait avec inconscience son père qu'il aime beaucoup. Il perdait connaissance et restait dans cet état de crise pendant 3 minutes. Les crises allaient toujours en augmentant. A Oran, il y a quelques années, il en eut 23 en 24 heures. Il a essayé de se soigner par tous les moyens possibles sans obtenir aucun résultat. Il a été longtemps qu'il n'avait des crises que le jour ; depuis un an, il en a le jour et la nuit. Depuis qu'il est entré dans le service, il a été soumis au miroir et actuellement, si les crises n'ont pas disparu, elles sont moins fortes et plus rares.

Consultation externe.

Adolphe, artiste peintre, 57 ans. *Névralgies faciales consécutives à une ostéite maxillaire d'origine syphilitique.*

Le traitement syphilitique combiné aux miroirs suivi par ce malade a apporté un résultat satisfaisant ; il se sent beaucoup mieux, les névralgies sont moins fortes et la tubérosité du maxillaire supérieur au niveau de l'arcade dentaire est moins gonflée et moins injectée. Il est à noter que depuis bien des années le malade qui avait consulté bien des médecins à Paris, n'avait jamais été soulagé par les traitements divers employés.

Rémy. Domestique, 34 ans. *Gastralgie.*

Ce malade continue à aller de mieux en mieux, il peut prendre depuis quelque temps un peu de repos. Ce sont les transferts et les couronnes d'aimant qui lui ont fait le plus de bien.

Malades nouveaux (*Neurasthénie*).

Eugène, 37 ans. Employé. *Neurasthénie.* Les parents sont très nerveux et rhumatisans. Le père est paralysé de la main droite. La mère est très impressionnable.

« Ce malade est très nerveux.

Sa mère a perdu un enfant du choléra en 1849. Lorsqu'il est venu au monde il était très faible et dans son enfance il a été toujours très nerveux. Il y a six ans il a éprouvé de grands chagrins et depuis cette époque il a commencé à ressentir dans le ventre des douleurs qui le tiennent en ceinture ; l'estomac ne digère pas. Il est d'une constipation exagérée ou ressent des coliques atroces. A la moindre émotion il éprouve des douleurs dans le ventre. Il a des séries de crises qui durent 15 jours, pour revenir après.

Battements précipités du cœur, étouffements continuels, la moindre fatigue l'empêche de respirer. Il a des suffocations. Il transpire beaucoup la nuit. Il ressent des douleurs dans les articulations, et a des idées tristes. Tout ce qu'il a fait jusqu'à présent n'a amené aucun résultat.

Il a commencé le traitement par les transferts et a déjà éprouvé un peu de soulagement.

Il va continuer ce mode de traitement.

Sophie, 59 ans. *Accidents cérébraux. Blépharospasme.*

L'état de cette malade s'est encore amélioré dans le courant de ce mois ; elle peut conserver les paupières levées sans être obligée de les baisser en marchant. Elle continue à faire des transferts.

Prudence, 55 ans. *Névralgies faciales avec tic.*

Cette malade qui souffrait depuis 4 ans de fortes névralgies faciales avec tic provoqué par la souffrance, est *actuellement entièrement guérie.* Son traitement a consisté dans le transfert et la couronne d'aimant.

Henri, 38 ans. Employé des postes. *Hypochondrie.*

Dès son enfance il était très nerveux et très impressionnable. Il avait des palpitations du cœur et de grandes frayeurs la nuit.

A 12 ans, danse de Saint-Guy d'une durée de 6 mois environ, guérie par les bains salés.

Vers l'âge de 22 ans, lésion du cœur constatée par un médecin avec un peu d'hypertrophie.

A 24 ans, il a contracté la syphilis. Vers l'âge de 35 ans, il ressentait à la suite du plus léger travail intellectuel une fatigue cérébrale tellement grande qu'il tombait dans une sorte d'hébétude ressemblant à l'ivresse, avec difficulté de s'exprimer ; il avait la langue comme paralysée et la sensation que son cerveau était vide. Il était contraint d'abandonner son travail ; en outre il ne pouvait plus écrire que très péniblement ce qui fit porter à un grand médecin, qu'il avait consulté, le diagnostic suivant : « Crampe des écrivains jointe à un état neurasthénique. » Il suivit un traitement par l'électricité sans aucun résultat.

Après avoir passé quelques mois à la campagne il constata que son état s'était un peu amélioré.

Enfin, il y a six mois, son état cérébral allait de mieux en mieux lorsque, redoutant d'être atteint d'une maladie de poitrine, il crut reconnaitre par différents symptômes les débuts de la tuberculose. Malgré l'avis des médecins, qui ne voyaient pas cet état, il eut peur car sa mère est morte phthisique, et il a eu toujours le pressentiment qu'il mourrait ainsi. Plusieurs autres médecins qu'll consulta après l'effrayèrent plus les uns que les autres, ce qui *lui fit mettre la tête à l'envers.* Depuis six mois il vit avec cette idée fixe, et la vie lui pèse lourdement.

A deux reprises différentes il a été persuadé qu'il n'avait rien et pendant 8 jours une fois et 15 jours l'autre il n'a ressenti aucune douleur. Depuis 2 mois il ressent de nouveau des douleurs intercostales et voit tout en noir. Il a toujours souffert depuis 15 ans de douleurs d'estomac.

Il a fait quelques transferts et son état s'est déjà amélioré. Les idées sont moins tristes et il dit souffrir moins de l'estomac.

Louise, 41 ans. *Douleurs sciatiques avec névralgie.*

La mère était rhumatisante dans sa jeunesse. Le père était nerveux.

La malade étant jeune ne pouvait jouer comme les autres enfants, car elle ressentait de la faiblesse dans les jambes. Elle se pliait sous le poids du corps et il y a dix ans les douleurs commencèrent dans la cuisse droite et descendirent jusqu'au tibia. Elles étaient le plus souvent localisées dans la cuisse. Au début elle ne ressentait de douleurs vives qu'une fois par jour pendant 2 heures, puis 6 fois dans le même laps de temps. Elle boite légèrement lorsqu'elle souffre. Tout ce qu'elle a essayé pour se soulager n'a amené aucun résultat.

Elle a commencé le traitement par les transferts. Les 3 premiers n'ont amené aucun soulagement. Le 4me la soulage un peu et le 5me supprime 2 crises dans 24 heures. Elle va continuer ce traitement.

Louis C... 29 ans, adjudant. *Morphinomanie. Gastralgie.*

Les premiers symptômes de la maladie d'estomac se sont fait ressentir vers l'âge de 13 ans. De fréquents vomissements se manifestèrent d'abord, suivis bientôt d'une perte d'appétit, aigreur, insomnie, constipation, etc. Aucun changement jusqu'à son arrivée au régiment à 22 ans. A cette époque tous ces malaises disparurent et l'appétit redevint excellent.

A 25 ans, nouveaux symptômes gastralgiques et dypepsiques. La pepsine fut le seul médicament qui le soulagea un peu pendant longtemps.

A 26 ans, il fut atteint d'une cystite.

A 28 ans, il commença à souffrir beaucoup de névralgies intercostales et depuis cette époque il ne s'est pas passé neuf mois entiers sans qu'il eût à s'en plaindre.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DU TRANSPORT A DISTANCE

A L'AIDE D'UNE COURONNE DE FER AIMANTÉ, D'ÉTATS NÉVROPATHIQUES VARIÉS, D'UN SUJET A L'ÉTAT DE VEILLE SUR UN SUJET A L'ÉTAT HYPNOTIQUE (1),

Par MM. Luys et Encausse

—

PREMIER ARTICLE

La question du transfert d'états névropathiques variés qui a été si nettement mise en lumière dans ces derniers temps par les travaux de notre collègue Babinski, vient de s'enrichir de faits nouveaux que M. Encausse, mon chef de laboratoire, et moi, avons tout récemment constatés.

Il ne s'agit plus, dans le cas présent, du transfert par contact magnétique d'un état névropathique quelconque (paralysies, contractures, anesthésies, etc.), d'un sujet qui prend ainsi, grâce à l'intervention d'un aimant interposé, l'état morbide de son partenaire, mais bien du transfert réel, à distance, sur une couronne de fer aimanté servant de substratum matériel, d'un état névropathique quelconque, d'un sujet transféreur (paralysie, contractures, vertiges, etc.), à l'état de veille, à un sujet en état hypnotique.

(1) Communication faite à la Société de Biologie, séance du 14 novembre 1890.

On peut ainsi, le sujet hypnotisé étant dans une chambre voisine, enlever la couronne de dessus la tête du sujet *transféreur*, porter à la main ladite couronne aimantée qui est chargée de l'état névropathique, comme s'il s'agissait d'un véritable accumulateur chargé de fluide électrique, et provoquer des réactions similaires. — Ce sont là des faits nouveaux et qui sont des déductions logiques des premiers travaux qui ont été faits sur la matière, et dont un grand nombre de médecins ont été à même de vérifier tous les jours l'exactitude dans mon service à la Charité.

Voici comment nous opérons :

Je présente d'abord à la Société la couronne aimantée telle que je l'ai fait construire. On voit qu'elle consiste en une lame de fer curviligne qui embrasse circulairement la courbe crânienne. Sa continuité est interrompue au niveau de la région frontale, et chaque extrémité libre de la demi-couronne représente un pôle de l'aimant. — Un spectre magnétique fait avec la limaille de fer et photographié donne une image fidèle du rayonnement magnétique.

Empiriquement, j'applique le pôle nord sur la tempe droite, (j'indiquerai plus loin le motif de cette disposition), et j'interpose entre la tempe gauche et l'autre pôle un tampon de linge pour assurer la prédominance d'action du pôle au contact de la peau. Une armature faite à l'aide de bandelettes de cuir permet de fixer la couronne sur la tête horizontalement, et de la maintenir dans les conditions indiquées qui me paraissent jusqu'à présent les plus favorables à la manifestation du phénomène.

Soit maintenant un sujet A, frappé d'hémiplégie droite et en état de veille, — nous appliquons, ainsi que je viens de l'indiquer, la demi-couronne sur sa tête, le pôle nord à droite, et nous la maintenons horizontalement pendant environ cinq minutes. — Au bout de ce temps, sans proférer aucune parole, nous la plaçons sur la tête d'un sujet B, préalablement mis en état de léthargie hypnotique et placé dans une chambre voisine. Presque instantanément, le sujet B. perçoit une secousse comme une petite décharge électrique ; tout son côté droit devient hémiplégique, et quand on le dirige vers le réveil et que suivant les procédés usuels on le fait passer en catalepsie, puis en somnambulisme lucide, à ce moment, dis-je, il parle, il a pris la personnalité du sujet hémiplégique, il a la parole embarrassée, il a le bras pendant, il marche en fau-

chant. En un mot, la personnalité morbide du sujet transféreur hémiplégique réel s'est incarnée avec tous ses caractères sur le sujet transféré avec une véritable précision.— Au réveil, cet état transitoire disparaît instantanément sous forme de suggestion impérative.

La force nerveuse morbide accumulée sur la couronne aimantée ne s'éteint pas immédiatement une fois qu'elle s'est déchargée sur le premier sujet.

J'ai constaté que cette force accumulée était encore apte à produire des effets identiques, moins accentués peut-être, chez un second sujet.

Elle peut persister encore pendant quelque temps, et j'ai pareillement constaté que lorsqu'elle était demeurée quelque temps en contact avec les sujets en expérience, au bout d'une demi-heure, et quelquefois au bout de deux heures, elle était encore suffisamment active pour se révéler par des effets appréciables (1).

J'ai pu ainsi transporter à distance, à l'aide de cette même couronne, les contractures des extrémités inférieures d'un sujet de mon service atteint de myélite traumatique, et ayant les membres inférieurs très douloureusement contractés, — des névralgies faciales et sciatiques, et, — chose bien étrange assurément ! — des états cérébraux, des troubles encéphaliques, tels que des vertiges, des étourdissements, des sensations d'épuisement intellectuel et de perte de mémoire.

Tous ces états névropathiques, qu'ils soient d'ordre somatique ou d'ordre psychique, paraissent donc obéir aux mêmes lois du transfert, et pouvoir, au gré de l'expérimentateur, être ainsi imposés à des sujets hypnotisés qui peuvent transitoirement leur servir de récepteurs, et s'en imprégner d'une façon complète au grand avantage de leur amélioration curative.

En suivant cet ordre d'idées, on est amené naturellement à rechercher si dans l'emploi de ces méthodes nouvelles, il ne serait pas possible d'entrevoir des moyens nouveaux

(1) Des expériences récentes m'ont permis de constater que l'état neuromagnétique de la couronne aimantée était susceptible de persister un temps plus prolongé. Au bout de 48 heures, une couronne magnétique placée sur la tête d'un sujet atteint de torticolis, et placée par mégarde 48 heures après sur la tête d'un sujet hypnotisé a révélé son activité persistante par des troubles de torticolis similaire, et cela s'est fait naturellement sans que nous nous doutions que cela puisse se passer !

applicables à la thérapeutique des maladies mentales. — Il va y avoir là un problème de premier ordre qui va se poser aux esprits chercheurs. Car, en partant de ce point de départ réel et indiscutable, en vertu duquel on peut transférer à un sujet des états neurologiques morbides appartenant à un autre, on est amené à se demander si, la réciproque ne serait pas également vraie, et si par exemple, sur un cerveau troublé, congestif, en période d'excitation ou de dépression, il ne serait pas possible de transférer les forces nerveuses accumulées d'un cerveau à l'état physiologique ?

A une époque où l'audace du chirurgien n'a plus de limites en fait de thérapeutique mentale, à une époque où M. Burckard (de Préfargier) annonce, au Congrès de Berlin, qu'il a pu guérir certains cas de folie, à l'aide de l'extirpation de certaines régions de l'écorce, on peut dire que dans ce domaine spécial de la pathologie, tout est possible, et que les tentatives les plus en dehors des idées normalement reçues, sont souvent couronnées de succès inespérés.

Tous ces faits appartenant au domaine de l'hypnotisme, qui paraissent si étranges aux esprits mal préparés, emportent avec eux un enseignement très significatif. Ils remettent en lumière, et revivifient, sous une forme nouvelle, certaines pratiques appartenant à toutes les phases de l'humanité, ces tendances au surnaturel, que l'on retrouve comme fond commun de toutes les religions.

Est-ce que ces transferts à distance de forces neuriques et psychiques à l'aide d'un substratum matériel, par une simple couronne aimantée, ne rappellent pas à l'esprit l'action mystérieuse des talismans et des amulettes, des sortilèges des sorciers ? Et, enfin, dans le monde catholique, l'Eglise n'admet-elle pas comme un de ses dogmes fondamentaux que certains corps matériels, certaines reliques, ou objets bénits, emportent avec eux à distance certaines grâces spéciales, émanées de celui qui les a consacrées ?

Ne sont-ce donc pas là des représentations parallèles des mêmes phénomènes d'ordre psychique que nous venons d'exposer ? et n'est-on pas amené à dire que dans ce domaine si curieux des choses de l'hypnotisme, malgré les apparences, on ne trouve rien de nouveau, et qu'on ne fait que faire revivre d'anciennes choses oubliées dans l'évolution mentale de l'humanité.

DES INFECTIONS MICROBIENNES SECONDAIRES

AU COURS DES MALADIES MENTALES,

Par le Dr M. Klippel,

Chef de laboratoire de la Faculté de Médecine.

Comme tant d'autres affections, soit aiguës, soit chroniques, les maladies mentales sont susceptibles de se compliquer, soit d'une façon précoce, soit d'une façon tardive, d'affections des centres nerveux eux-mêmes ou des autres viscères, qui ne relèvent pas directement de la maladie primitive, mais qui constituent des lésions surajoutées.

Il est fréquent de voir ces dernières causer la mort des malades.

Ces maladies surajoutées évoluant généralement sur le mode aigu, se lient à l'affection du système nerveux en ce sens que les altérations cellulaires causées par la dénutrition d'origine nerveuse placent les éléments anatomiques en état d'infériorité. Dans ces conditions, ils ne peuvent plus résister à l'envahissement des causes extérieures. Or parmi celles-ci les bactéries pathogènes sont les premières en importance par leur gravité et leur fréquence. Il s'agit donc bien, en pareil cas, de ce qu'on nomme à l'heure actuelle « des infections secondaires ».

Les recherches que nous avons faites à l'hospice Sainte-Anne, dans le laboratoire de la clinique, nous ont montré la multiplicité et la diversité de ces infections qui sont vraiment des éventualités fréquentes dans les services d'aliénés.

Ailleurs nous avons insisté sur la fréquence extrême des broncho-pneumonies de formes variées qui terminent presque toujours la paralysie générale. Et dans quelques-uns de ces cas, nous avons rencontré de nombreux microbes dans les foyers à cellules nécrosées de la broncho-pneumonie. Ces agents pathogènes sont d'ailleurs d'espèces différentes. Nous reviendrons plus tard sur ces études, ainsi que sur celle des néphrites que nous avons pu rencontrer dans les mêmes conditions.

Aujourd'hui, nous nous bornerons à citer un exemple de ces méthodes infectieuses intercurrentes, en donnant l'observation d'une infection secondaire suppurative portant sur l'encéphale et due au pneumocoque. De telles infections peuvent se diviser en deux catégories : suivant qu'elles sont en rapport avec des eschares, troubles trophiques, ou qu'elles se présentent sans solutions de continuité, sans porte d'entrée et sans plaie extérieure permettant le développement de l'un quelconque des nombreux microbes capables de produire la suppuration. Dans

les premiers cas les suppurations intra-crâniennes et intra-rachidiennes s'expliquent aisément par embolies microbiennes et sont les exemples le plus souvent observés. Les faits du second groupe sont plus obscurs et plus intéressants.

C'est un cas de ce genre que nous rapportons ici. Il est d'une très grande importance, croyons-nous, de faire leur part à ces maladies surajoutées et à en distraire les lésions de celles de la maladie primitive. Bien qu'en général l'acuité de la maladie secondaire la différencie de la précédente, il arrive souvent que, sans symptômes précis ou tranchés pendant la vie, on rencontre à l'autopsie de nombreuses bactéries à la surface du cerveau des paralytiques généraux : la doctrine des infections secondaires, possibles à l'état plus ou moins latent, doit écarter les conclusions qu'on serait tenté de formuler relativement au rôle des microbes dans la genèse de l'affection mentale. C'est là une mesure de prudence qui ne préjuge en rien de la possibilité d'une infection chronique ou aiguë à l'origine de la démence progressive.

Quoi qu'il en soit de ces généralités, le malade dont il s'agit était un homme de 50 ans faisant profession de jardinier. Il entra, le 28 février 1890, à la clinique de M. le Pr Ball avec les deux certificats suivants :

« Est atteint de démence, avec inconscience complète de son état, et par suite, il est nécessaire de le placer dans un asile d'aliénés.

Signé : Dr Olivier ».

« Affaiblissement des facultés et notamment de la mémoire. Inconscience de son état. Est calme. Pas de délire caractérisé.

Signé : Dr Rouillard ».

Nous ajouterons que sa maladie avait débuté il y avait environ dix ans lors de son entrée, et qu'il fut interné à l'asile de Clermont. Il présentait alors, outre un affaiblissement des facultés, particulièrement de la mémoire, des accès d'agitation maniaque assez vive, survenant par intervalles, avec désordre complet des idées et des actes.

Il y eut ensuite une intermission où la mémoire sembla renaître, du moins pour les faits anciens, mais avec persistance de l'inconscience de sa situation.

D'un autre côté il s'acheminait progressivement vers une démence précoce.

A l'asile Saint-Anne cette démence était complète, sans agitation, sans délire à proprement parler, et l'on remarquait une parésie des membres du côté gauche.

Il était dans cet état, lorsqu'assez brusquement, il fut pris de fièvre deux ou trois jours avant sa mort, cessa de manger, s'alita définitivement.

Puis survinrent des symptômes de méningite, raideurs musculaires et accès convulsifs et enfin le coma et la mort.

L'autopsie, faite le 22 février 1891, a montré les particularités suivantes :

Le cadavre passablement amaigri est bien conservé, sans traces de putréfaction. Il n'existe ni eschares ni excoriations du siège ou de la région sacrée. Aucune plaie à la surface de la peau. Pas d'érysipèle. L'examen du conduit auditif externe et ensuite du rocher et de l'oreille moyenne permet d'écarter toute lésion suppurative de ce côté. Un examen attentif était imposé de ce côté par des lésions suppuratives trouvées dans les méninges. Le crâne ne présentait pas de lésions traumatiques.

La dure-mère est saine, sans suppuration des sinus veineux. Après avoir sectionné cette membrane et retiré l'encéphale, on voyait qu'il existait une double lésion : l'une constituée par une méningite suppurée, diffuse ; l'autre par un foyer localisé, probablement ancien, s'accusant à la surface par une forte dépression.

A. — La méningite : Les méninges présentent sur la convexité une opacité d'une teinte jaune verdâtre très diffuse et peu intense. Elle se remarque surtout au niveau des sillons que le pus semble dessiner à la surface de la membrane séreuse. Cet aspect est dû à ce que le pus remplit les sillons qui séparent les circonvolutions, au-dessus desquelles l'arachnoïde passe à la manière d'un pont. En examinant la base de l'encéphale, on remarque la même infiltration avec des collections plus considérables dans tous les grands confluents formés par l'arachnoïde, dans les parties les plus déclives. Au-dessous du bulbe, on ne trouve plus la teinte verdâtre.

En détachant ces méninges qui ne sont pas adhérentes, on constate que le liquide purulent est peu épais, nulle part, bien concrété, mais ne présentant pas les caractères du pus fétide. Il s'agit, en résumé d'une lame mince de pus emplissant les espaces arachnoïdiens.

B. — Le foyer ancien : Il siège au niveau du lobe temporal droit où il s'accuse par un large affaissement de l'écorce. Ses dimensions en totalité sont celles d'un petit œuf de poule. A la coupe on constate qu'il s'agit d'un ramollissement très intense, caractérisé par une cavité irrégulière, remplie de détritus et de débris de la substance grise et du noyau blanc du cerveau. L'examen histologique de ce foyer le montre presque entièrement composé de corps granuleux muriformes, formés de gros-

ses granulations graisseuses confluentes. Celles-ci flottent dans un liquide abondant en gouttes huileuses de toutes dimensions et où l'on voit de très rares débris d'éléments nerveux encore reconnaissables. Les parois du foyer sont sclérosées. Malgré un examen attentif on ne trouve pas de lésions des vaisseaux de la base et pas de foyers ayant pu donner naissance à des embolies dans le cœur ou les carotides.

Les autres viscères ne présentent rien de bien particulier. Le cœur est en dégénérescence graisseuse, le foie et les reins sont normaux.

Quant aux poumons il existe de la congestion de moyenne intensité avec la crépitation conservée du parenchyme. On ne trouve pas de foyers d'hépatisation lobulaire au milieu de ce tissu congestionné, mais il peut y en avoir de disséminés qui passent inaperçus à cet examen grossier.

L'examen bactériologique fait sur des lamelles enduites du pus des méninges et colorées par la méthode de Ziehl, a montré en grande quantité des microbes en fer de lance ou en flamme de bougie, opposés par leur extrémité fine et entourés d'une auréole colorée. Leur nombre et leur forme, absolument caractéristique, démontre donc qu'il s'agissait d'une suppuration liée au pneumocoque.

On le reconnaîtra, le foyer de ramollissement était une lésion cérébrale ancienne et ayant eu pendant la vie l'ensemble des symptômes qui se rattachaient à la maladie mentale. La suppuration était un accident secondaire aigu dû à un microbe spécial.

Mais entre les deux affections, il existe évidemment un lien, la première ayant lentement créé les conditions favorables au développement de l'autre.

En l'absence de pneunomie et de broncho-pneumonie auxquelles donne naissance le pneumocoque, il faut admettre le développement primitif de celui-ci dans les centres corticaux. Le foyer de désintégration moléculaire rencontré dans le lobe temporal droit, et recouvert, comme le reste, d'une couche purulente, a sans doute été le point de départ de l'infection secondaire, les pneumocoques apportés par la circulation, s'y étant développés comme dans un point de moindre résistance, et de là s'étant diffusés à toute la surface de l'encéphale, trouvant un bon milieu de culture dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Il s'agit en dernier lieu d'une infection secondaire de même ordre que telle ou telle broncho-pneumonie, que telle ou telle néphrite aiguë remarquées chez d'autres aliénés.

PARAPLÉGIE HYSTÉRIQUE CHEZ UN GARÇON DE 13 ANS

SUGGESTION. GUÉRISON

Par le Dr Eugène REVILLIOD.

Le jeune D..., âgé de 13 ans, fils d'un ouvrier genevois, établi depuis longtemps dans le canton de Neuchâtel, ne présente aucun antécédent nerveux héréditaire ni personnel.

Il y a trois ans, en novembre 1888, en faisant ses devoirs d'écolier, assis devant une table, il ressentit un choc dans les membres inférieurs et se trouva subitement paraplégique, dans l'impossibilité absolue de se lever. On le transporta dans son lit où il resta six mois. Après cette première attaque il se rétablit peu à peu complètement et la marche redevint aussi facile que primitivement.

En décembre 1889, nouvel ictus, survenu à l'école ; il fallut transporter le malade chez lui ; il garda le lit trois mois. Mais cette fois la guérison fut moins complète que la première ; la marche resta difficile, l'enfant était vite fatigué et ressentait des douleurs rachidiennes et articulaires.

Enfin, en novembre 1890, survint une troisième atteinte, aussi brusque que les deux premières, pendant la nuit, sans que le sommeil en fut troublé. Le matin seulement, l'enfant s'aperçut qu'il lui était devenu impossible de se lever. C'est alors que les parents se décidèrent à envoyer leur fils à Genève et à le faire entrer à la Maison des Enfants-Malades du chemin Gourgas, le 21 janvier 1891.

D... est un garçon qui a toutes les apparences de la santé, bien bâti, grand, robuste, aux muscles solides. Sa figure est intelligente et éveillée, aux grands yeux noirs ; il est instruit et donne tous les renseignements qui précèdent avec assurance et clarté. Il est bon d'ajouter qu'il n'a jamais quitté la localité neuchâteloise où il est né et d'où on nous l'a adressé.

Au premier examen que nous faisons du malade, assistent les Drs Ed. Martin, médecin de la Maison des Enfants-Malades, P. Binet et Thomas. Nous examinons rapidement l'ensemble de l'état actuel, surtout le réflexe rotulien qui nous paraît exagéré ; puis nous faisons lever le malade avec peine, nous le soutenons de chaque côté et cherchons à le faire marcher. Il avance avec une peine infinie, en s'appuyant de tout son poids sur les personnes qui le soutiennent, les muscles sont tous contractés spasmo-

diquement, les talons élevés au-dessus du sol et les pointes des pieds traînent sans quitter le plancher.

Il nous parut aussitôt à tous que cette démarche ne ressemblait guère à aucun type connu et décrit, et qu'il pouvait bien s'agir de troubles hystériques. Le Dr Thomas tenta aussitôt d'endormir le malade, par la simple fixation du regard ; cet essai fut très vite couronné d'un plein succès, puis l'ordre fut donné à D... de marcher ; il le fit immédiatement, sans hésitation, et sans l'aide d'aucun soutien. Rentré dans son lit et réveillé, il nous regarda tous d'un air étonné, ne conservant aucun souvenir de ce qui venait de se passer.

C'était à coup sûr la première expérience d'hypnotisme à laquelle il eût été soumis ; il nous était arrivé avec un certificat médical constatant l'existence d'une *myélite subaiguë*.

Le diagnostic s'imposait d'autant plus, qu'en explorant attentivement notre malade, nous ne tardâmes pas à découvrir trois plaques d'anesthésie cutanée : une à chaque jambe, à la partie moyenne de leur face antéro-interne et une derrière l'épaule gauche. De plus, le champ visuel de l'œil gauche était très rétréci.

Dès lors le traitement consista en suggestions répétées trois fois à quelques jours d'intervalle.

Le 22, lendemain de son entrée, le sommeil hypnotique fut obtenu avec une facilité plus grande encore que la première fois. La suggestion fut faite en affirmant au malade qu'il était guéri, puis il fut éveillé. Ce jour-là il le passa en entier debout, allant et venant dans la maison sans aucune fatigue. Il en fut de même les jours suivants.

Le 26, il fit de longues courses en ville, se plaignant simplement de fatigue et de légères douleurs au rachis et aux membres inférieurs. Ces phénomènes douloureux disparurent entièrement après une troisième suggestion, malgré des courses prolongées.

Enfin le 29 janvier l'enfant nous affirmait qu'il se sentait absolument bien portant et capable de rejoindre sa famille : « Seule-« ment, ajouta-t-il, Monsieur le docteur, pendant que je suis ici, « ne pourriez-vous pas encore me guérir de cette transpiration « des mains qui me gêne beaucoup dans ma situation d'apprenti « horloger, en ce qu'elle rouille tous les outils dont je fais usa-« ge. » — « Oui certes, mon ami, nous allons te guérir de cela « aussi ! va t'asseoir sur cette chaise et, aussitôt assis, tu t'y en-« dormiras. » Aussitôt dit, aussitôt fait, le sommeil survint et la suggestion suivit.

Le lendemain 30 janvier, l'enfant nous affirmait n'avoir pas transpiré des mains et le 31 il nous quittait définitivement.

Voici un extrait de la lettre que nous recevons aujourd'hui 7 mars au sujet de notre malade : « Le jeune D... va parfaite-
« ment bien ; il est rentré dans sa place ou il travaille durant la
« journée complète ; il marche facilement, avec entrain et sans
« aucune fatigue. Il me semble même avoir un air de santé qu'il
« n'avait pas auparavant. Dimanche dernier, 1er mars, je l'ai in-
« terrogé sur son état ; il m'a répondu : Je ne sens absolument
« plus rien, je vais tout à fait bien. Quant à la transpiration des
« mains elle ne se retrouve que lorsque l'enfant doit faire un
« gros ouvrage, un paquet, un emballage ; mais cela aussi va
« beaucoup mieux. »



COMPTE RENDU DE THÈSES (1890)

Présidence de M. le professeur Ball.

1° *Contribution à l'étude du mutisme des aliénés*, Dr H. Moret.

(Edit. H. Jouve.)

L'auteur, frappé des difficultés qu'offre l'interrogatoire de certains aliénés, et de l'obstacle apporté par leur mutisme, pour le praticien qui cherche à les classer dans les cadres nosologiques établis, entreprend de tirer de l'attitude, de l'aspect général, et d'autres symptômes propres à telle ou telle catégorie d'aliénés, les éléments du diagnostic.

La méthode qu'il suit dans cette étude n'est autre que le plan même de classification proposé par M. le professeur Ball dans sa récente édition du Traité de Pathologie mentale.

Après avoir fait le tableau clinique des principaux aliénés muets de chaque catégorie, il trace une sorte de tableau synthétique, pour, étant donné un malade dans le mutisme, permettre de le classer par élimination.

Il cherche dans ce but à établir quelques types d'aliénés muets volontairement, après avoir tout d'abord établi nettement la distinction avec les muets de naissance, les aphasiques et les simulateurs.

Pour constituer ces types il rapporte toute une série d'observations intéressantes.

Le chapitre relatif aux folies névrosiques accompagnées de mutisme est particulièrement intéressant.

L'hystérie, en effet, est particulièrement fertile à ce point de vue. Mais il y a lieu, dit l'auteur, de distinguer plusieurs cas :

1° Celui où la névrose délirante accompagnée de mutisme emprunte sa symptomatologie aux vésanies ordinaires (Manie, Mélancolie).

2° Celui où l'hystérie non délirante se complique de paralysie des organes de la phonation.

3° Les cas d'hystérie convulsive avec aphasie transitoire inhérente aux attaques.

La malade citée comme exemple de la 1re catégorie est une mélancolique catatonique à mutisme persistant depuis plusieurs mois ; les antécédents et les stigmates d'hystérie sont très nets et

derrière un état de stupeur avec phénomènes cataleptoïdes, il existe évidemment un délire actif dont l'auteur s'attache à déterminer la nature et le caractère hallucinatoire probable, sans autre donnée possible que l'examen général et les attitudes.

Les délires partiels pourraient paraître échapper à cette étude en tant que ne s'accompagnant pas de mutisme absolu. Cependant, l'auteur est parvenu à recueillir une observation (Obs. IV) de délire systématisé datant de 10 ans, avec mutisme volontaire ayant duré pendant 18 mois.

Ces observations et les autres donnent un ensemble de documents cliniques intéressants sur une question essentiellement pratique et qui intéresse non seulement le spécialiste, mais encore le praticien ordinaire, que le mutisme des aliénés embarrasse souvent.

2° *Du délire dans les chorées*, Dr Digoy. (Edit. H. Jouve.)

Sous le nom de chorées et surtout de chorée délirante, on mélange le plus souvent des affections fort disparates, et n'ayant souvent entre elles de commun que le nom et une vague ressemblance clinique.

L'auteur essaye de grouper méthodiquement les différentes formes éparses dans les auteurs et rapporte quelques observations intéressantes communiquées par M. le Dr A. Voisin, et qui nous paraissent constituer la meilleure partie de ce travail.

Suivant l'ordre adopté par M. Lannois dans sa thèse d'agrégation sur la nosographie des chorées, l'auteur a divisé son suje en 3 parties.

1° La première a trait aux chorées arythmiques et se trouve elle-même subdivisée en plusieurs sous-chapitres très courts ; il étudie ainsi tout d'abord le délire dans la chorée arythmique de l'enfant, la chorée vulgaire de Sydenham.

Ce qu'il en dit et les observations qu'il rapporte n'ajoutent rien à la question et ne sont qu'une répétition des conclusions du mémoire de Marée sur le même sujet.

Nous en dirons autant de ce qu'il signale au sujet de la chorée gravidique délirante, qui, on le sait, offre avec la précédente les plus grandes analogies cliniques.

En ce qui concerne la chorée arythmique chronique, la chorée héréditaire de Huntington, le docteur Digoy emprunte largement au travail de M. Huet, couronné par la Société médico-psychologique. (Prix M. de Tours 90.)

Passant ensuite aux chorées rythmiques :

2° L'auteur examine les caractères du délire dans ces cas, et il paraît conclure à son identité avec ce que l'on connaît de l'état mental des hystériques.

3° Il termine enfin par un chapitre sur les pseudo-chorées délirantes, et passe en revue à ce propos la maladie des tics de Gilles de la Tourette, signalée par M. Guénion comme pouvant s'accompagner d'accidents délirants ; ces derniers troubles mentaux rentrent d'ailleurs dans ce qui a été décrit comme caractéristique de l'état psychique des dégénérés héréditaires.

On y reconnaît le délire émotif de Morel, le délire du toucher de Legrand du Saule et les syndrômes épisodiques de M. Magnan.

L'auteur rappelle à ce propos les cas intéressants rapportés par M. Léglas sous le titre d'écholalie et coprolalie, comme tics vocaux symptomatiques d'un état mental dégénératif.

Enfin, après avoir rapporté une observation inédite d'aliéné atteint de pseudo-chorée, l'auteur termine par des conclusions un peu vagues, tendant à rapprocher les différents délires étudiés, par leur absence de systématisation.

La question était vaste et comportait un développement que M. Digoy n'a pas voulu lui donner ; il s'est contenté, dans une revue rapide sur la question, de réunir quelques observations inédites, ce dont on ne peut que lui savoir gré.

3° — *Contribution à l'étude du traitement de la sitiophobie par les lavages de l'estomac.* Dr Frossard. (Edit. H. Jouve.)

Le refus d'aliment est une complication banale dans la pratique des aliénés ; sa fréquence même, ses inconvénients et sa persistance parfois, en font un écueil redoutable et la multiplicité même des moyens proposés pour y remédier en dénote l'insuffisance.

L'auteur, ayant pu suivre l'application du lavage au tube de Faucher, pratiqué sur un grand nombre de malades dans le service de M. A. Voisin à la Salpêtrière, a réuni ces cas en une statistique instructive.

Avant d'exposer le résumé de ses observations il étudie les moyens proposés depuis Pinel pour remédier au refus d'aliment.

Les sondes, dures ou molles, les bâillons, ouvre-bouche et spéculum buccaux, les biberons et les tubes à mandrins sont décrits dans une première partie où l'auteur discute leurs avantages et leurs inconvénients.

Il arrive ensuite aux travaux récents de M. Regis et de ses élèves et à l'emploi du lavage de l'estomac à l'aide d'un appareil spécial, à la clinique de M. le professeur Ball en 1878.

Plusieurs thèses furent faites à cette époque sur le sujet.

L'auteur, conformément à l'enseignement de M. A. Voisin, préfère le procédé le plus simple, à savoir l'emploi du tube de Faucher ordinaire n° 2, qui après lavage préalable est employé sans substitution d'autre tube, au gavage par les liquides alimentaires.

A l'appui de cette méthode, l'auteur rapporte 16 observations de malades sitiophobes, traitées et améliorées ou guéries à la suite de ce traitement.

Dans quelques-uns des cas, l'amélioration de l'état mental a accompagné celle de l'état des voies digestives ; dans deux même la guérison finale et la sortie sont survenues.

Dans deux cas seulement l'auteur a eu un insuccès, mais à l'autopsie et à l'examen clinique ultérieur, ces malades ont été reconnues pour des paralytiques générales à délire hypochondriaque.

L'auteur conclut à l'efficacité de la méthode et ajoute, avec M. Régis, que peut-être, il y aurait lieu d'en essayer les bons effets sur les mélancoliques ordinaires à troubles digestifs simples sans sitiophobie.

V. Marie.



CONFÉRENCES SUR QUELQUES PARTICULARITÉS

DU TRAITEMENT DES NÉVROSES [1]

Dr E. C. Seguin.

Epilepsie. — Le médecin appelé à donner ses soins à un épileptique, ne doit entreprendre le traitement qu'après avoir étudié le cas sous tous ses aspects. Les malades offrent en effet une susceptibilité variable à l'action des bromures, et un ou deux mois sont parfois nécessaires pour établir l'exacte dose : l'acné ne saurait servir de guide, son apparition dépendant moins de la quantité du médicament employé que d'un état particulier au sujet. Le but, qui est de produire un léger degré d'intoxication bromique, rend indispensable une attention extrême dans le premier dosage et la réglementation des doses successives.

Le Dr Seguin préfère le bromure de sodium et emploie la formule suivante :

Bromure de sodium........	45 grammes.
Eau........................	200 grammes.

qui donne de 47 à 49 cuillerées à thé, contenant chacune environ un gramme de bromure. L'eau pure est avantageusement remplacée par de l'eau de Vichy, naturelle ou artificielle.

Donner autant que possible la dose entière de quatre à six heures avant le moment des attaques ; si elles n'offrent pas de régularité, fractionner en doses égales à prendre en trois ou quatre fois. Il est préférable d'administrer la première au moment du réveil, afin d'assurer aussitôt que possible l'influence bromique ; les autres après les repas.

Chez quelques malades, la même dose peut être continuée des mois ou même des années, mais plus souvent il devient indispensable d'augmenter ou de diminuer. Les raisons pour accroître la dose sont les suivantes : progrès en âge et en croissance et particulièrement approche de la formation pour les femmes ; causes d'excitation ou de fatigue (parties de plaisir, théâtre, etc.). Il faut d'autre part diminuer au cas d'une affection intercurrente ; suivant les saisons, les doses maxima étant mieux supportées en automne et en hiver ; enfin, lorsque trois années se

(1) Publié dans le *New-York Medical Journal.*

sont écoulées sans la moindre manifestation morbide, on réduira alors progressivement d'une demi à une cuillerée à thé tous les trois mois.

Parfois survient une acné à forme confluente qui laisse sur diverses parties du corps, et principalement aux jambes, des ulcérations larges, élevées, fétides : la dose nécessaire peut également déterminer une faiblesse inaccoutumée et un profond abattement intellectuel, ou, plus rarement, produire des troubles mentaux ; dans ces diverses circonstances, on aura recours à la solution chloralo-bromurée.

Chloral.....................	7.50		15
Bromure de sodium.........	37.50	ou	30
Eau........................	200		200

Le traitement bromuré, intelligemment appliqué, et soigneusement surveillé, réussit à soulager presque tous les cas de grand mal. Résultat moins satisfaisant pour le petit mal : la strychnine et l'atropine sont alors quelquefois utiles ; le Dr Seguin donne le sulfate de strychnine dissous dans l'acide nitro-muriatique largement dilué ; de 6 à 16 gouttes après les repas ; l'atropine se prend sous forme de pilules ou de granules, de 3 à 6 par jour.

Chorée. — Le remède par excellence est l'arsenic, mais on ne saurait obtenir un résultat franchement satisfaisant, à moins d'administrer trois fois par jour au moins quinze gouttes de liqueur de Fowler. Chez beaucoup de choréiques, il survient, après quelque temps de traitement, des troubles gastro-intestinaux et de la rougeur des yeux. Il faudra alors interrompre la médication pendant deux ou trois jours ; mais il est indispensable de la reprendre à la même dose et de continuer jusqu'à 18, 25, même 27 gouttes après chaque repas. Avec chaque dose donner un grand verre d'eau alcaline.

Une fréquente erreur est de faire prendre toute une dose en une fois ; il vaut mieux l'administrer à diverses reprises pendant l'heure qui suit le repas.

Repos absolu, tant physique que mental. Bonne hygiène.

Migraine. — Le Dr Seguin préconise comme remède le chanvre indien grâce à son action paralysante sur la 3e paire et les muscles qu'elle innerve. Bien des cas de céphalalgie ont pour origine un effet inconscient d'accommodation portant principale-

ment sur les muscles ciliaires et droits internes. Cet effort continuel, cause d'une grande dépense nerveuse, réussit à surmonter et à corriger avec plus ou moins de succès, pendant un temps variable, le défaut oculaire (hypermétropie, astigmatisme, etc.). Cette théorie de la genèse de la céphalalgie explique son apparition première au moment où le sujet commence à s'adonner aux études exigeant des lectures prolongées, ou à s'appliquer aux travaux d'aiguille, de même sa diminution en fréquence lors de la perte de la faculté d'accommodation (entre 42 et 50 ans). Dans les cas de céphalalgie tardive (de 20 à 30 ans), le sujet d'une constitution vigoureuse, peut, grâce à l'appareil de la 3e paire, corriger avec succès les défauts oculaires de façon à rendre aisées la lecture, l'écriture, etc. Mais qu'il survienne une maladie aiguë ou toute autre cause d'affaiblissement, la puissance nerveuse s'émousse, l'effort est désormais plus considérable et la céphalalgie paraît.

Avant d'entreprendre le traitement de la migraine par le chanvre indien, deux précautions sont nécessaires : s'assurer de la pureté de l'extrait, et pouvoir recourir à la même qualité pendant toute la durée du traitement.

Prescrire d'abord 0,01 centigramme, seul ou combiné à l'acide arsénieux, ou au fer ou à la digitale, d'après les indications, à prendre sous forme de pilule, trois fois par jour, avant les repas ; augmenter chaque semaine de 0,01 jusqu'à ce qu'on atteigne le maximum de tolération, c'est-à-dire une dose un peu moindre que pour déterminer un état demi-soporeux, avec rêves. Beaucoup d'adultes peuvent arriver à supporter 0,06 du meilleur extrait, trois fois par jour, les femmes rarement plus de 0,02 à 0,03.

Continuer la dose maximum plusieurs mois, une année, et même davantage. En même temps, corriger les défauts oculaires, régler le régime, préconiser les exercices physiques.

Tel est le traitement général, dans l'intervalle des paroxysmes. Au moment des crises de migraine, il sera bon de le suspendre pour 24 ou 48 heures. Mais comment soulager alors le malade ? D'abord ne recourez jamais à la morphine ou à l'opium, car ceux qui auront une fois goûté le fruit délicieux ne vous laisseront plus de repos. Les deux meilleurs remèdes sont l'antipyrine et la caféine, la première à la dose de 1 gramme à 1.50 pour la femme, et de 1.50 à 2 pour l'homme. La caféine est surtout efficace dans les accès de migraine avec aura optique ; on la prescrit à la dose de 0,10 tous les quarts d'heure jusqu'à la disparition de la douleur ou l'administration de la cinquième dose.

Névralgie du trijumeau, ou tic douloureux. — Usage combiné de l'aconitine et du traitement mixte. Les pilules d'aconitine auront la valeur d'un deux-centième de grain (le grain est d'un peu plus de 0,06) ; débuter par 2 pilules pour les femmes et 3 pour les hommes, et augmenter graduellement jusqu'à 12 par jour, 2 toutes les trois heures ; à cette dose, le malade éprouve de l'engourdissement dans tout le corps, des frissonnements, des nausées et des faiblesses. On continuera plusieurs semaines après la disparition de la névralgie, et au moindre retour de douleur, on administrera deux ou trois pilules en une fois.

Quant au traitement mixte, il est inutile, qu'il y ait syphilis ou non ; donner graduellement de 0,003 à 0,01 d'iodure rouge de mercure, et de 1.50 à 3 grammes d'iodure de potassium ; après deux ou trois mois, un mois d'interruption.

Nourriture abondante ; huile de foie de morue.

Maladie de Basedow. — Le Dr Séguin, après avoir cité le traitement usuel par l'iodure de potassium, le fer, les courants galvaniques, signale deux nouveaux moyens de combattre la maladie : l'aconitine et le bandage des yeux. L'aconitine, grâce à son influence sur la circulation, diminue d'une façon notable le nombre des pulsations, et agit en même temps sur les yeux et sur le cou.

Quant au bandage des yeux, il a pour objet de combattre la dilatation des vaisseaux de l'orbite, cause habituelle de l'exophthalmie.

On place sur chaque œil un tampon d'ouate, soigneusement préparé, et l'on applique par-dessus une bande de flanelle, ne faisant pas plus de trois tours ; la pression doit être douce, mais soutenue. La continuer d'une à deux heures seulement dans les premières séances, puis de deux à quatre, et même plus, si la chose est nécessaire.

L'auteur s'étend ensuite sur le régime et l'hygiène, et proteste contre l'abus de certains remèdes, comme l'alcool, la morphine, les bromures. En terminant, il engage les praticiens à ne pas se laisser aller à conseiller « un peu de bromure » aux malades qui viennent les consulter pour des accidents nerveux : « Je considère l'épilepsie, dit-il, comme la seule affection dont le traitement justifie la production, de parti-pris, d'un léger état de bromisme. »

Dr René Semelaigne.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU CHLORALAMIDE CHEZ LES ALIÉNÉS (*Suite*)

Par le Dr E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

Observation XLVII. — Xavier Lacel..., 55 ans. Entré le 25 août 1890. Paralysie générale à la première période. Insomnie agitée presque complète. Du 28 août au 10 septembre, avec quatre grammes de chloralamide, il y a de huit à neuf heures consécutives de repos, mais le malade s'est considérablement affaibli, car depuis le début de la médication, la paralysie générale suit une évolution foudroyante. Malgré l'abandon du remède à la date du 10, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, le malade meurt le 21 dans le marasme paralytique.

Observation XLVIII. — Edouard Rot...., 45 ans, entré le 3 septembre 1890. Insomnie agitée complète. Durant une semaine quatre grammes de chloralamide procurent sept à huit heures consécutives de sommeil. Le médicament est supprimé deux jours de suite pour contrôle ; l'insomnie agitée complète reparaît. La paralysie générale semblant prendre une marche aiguë depuis le début de la médication, le chloralamide est repris à la dose seulement de trois grammes qui procurent de nouveau, durant une semaine, de neuf à dix heures consécutives de repos ; nonobstant la faible dose, la paralysie générale prend de plus en plus des allures suraiguës. Le médicament est supprimé ; on prescrit un traitement tonique et une alimentation réparatrice. A partir de ce moment l'évolution rapide est enrayée. En décembre, ce paralytique était toujours en vie dans le service et se tenait encore levé.

Observation XLIX. — Paul Coup..., 46 ans. Paralysie générale à la première période. Une ou deux heures d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Pendant vingt-cinq jours il y a, avec quatre grammes de chloralamide, de sept à huit heures consécutives de sommeil. Durant la médication, légère diarrhée qui céda vite aux astringents sans que le remède ait été suspendu.

Observation L. — Emile Legof..., 38 ans. Paralysie générale à la première période. Au commencement de juillet, insomnie agitée à peu près complète. Pendant six jours, avec cinq grammes de chloralamide, il y a de sept à huit heures de sommeil, puis le calme survient. En août, nouveau paroxysme avec insomnie agitée complète. Du 5 au 9, avec quatre grammes de chloralamide, on a cinq heures de repos avec une intermittence et deux heures d'agitation et du 9 au 20, avec 5 grammes, il y a régulièrement huit heures de repos avec une intermittence.

Observation LI. — Edmond Perre...,43 ans, entre le 3 juillet 1890. Paralysie générale à la première période. A la fin d'août le malade

dort tout au plus une heure et s'agite tout le reste de la nuit. Pendant quinze jours, avec quatre grammes de chloralamide, on obtient dix heures consécutives de sommeil. Mais la paralysie générale revêt la forme suraigüe. Le remède est abandonné, un traitement tonique et une alimentation réparatrice sont prescrits. A partir de ce moment, non seulement la marche suraiguë est enrayée, mais le malade est en ce moment, décembre, en rémission.

Observation LII. — Albert Mass..., 38 ans. Paralysie générale à la première période. En août violent paroxysme avec insomnie agitée complète. Durant les douze jours de la crise, quatre grammes de chloralamide ont donné de cinq à six heures de repos avec une intermittence et agitation le reste de la nuit.

Observation LIII. — Frédéric Pet....43 ans. Entré le 12 mai 1890. Paralysie générale à la première période. Deux heures d'un sommeil interrompu avec agitation le reste de la nuit. Du 14 au 19, avec trois grammes de chloralamide, aucun résultat. Du 19 au 1er juin, avec cinq grammes, il y a de cinq à six heures de repos avec une intermittence et agitation pendant la veille. Mais à cette date, le malade est très affaibli, car dès le début de la médication la paralysie générale revêt la forme suraiguë. Malgré l'abandon du remède, un traitement tonique et une alimentation réparatrice, la marche rapide s'accentue et la mort par marasme paralytique arrive le 21.

Observation LIV. — Ernest Raz..., 33 ans, entre le 2 juillet 1890. Paralysie générale à la première période. Deux heures de sommeil avec vive agitation le reste de la nuit. Pendant dix jours, avec cinq grammes de chloralamide, on obtient de huit à neuf heures consécutives de repos, mais le malade est très faible. La paralysie générale a revêtu la forme suraiguë. En dépit de l'abandon du remède, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, l'évolution est foudroyante ; la mort par marasme paralytique arrive quinze jours après.

Observation LV. — Alfred Glass..., 48 ans ; entré le 3 février 1890. Paralysie générale à la première période. Du 15 au 18 février, le malade dort à peine de deux à trois heures d'un sommeil souvent interrompu et s'agite le reste de la nuit. Du 18 au 20, trois grammes de chloralamide ne donnent aucun résultat. Du 20 au 29 quatre grammes procurent de sept à huit heures d'un sommeil le plus souvent continu, puis l'accoutumance s'établit, car du 29 au 3 mars il n'y a plus que quatre heures de repos avec cinq heures d'agitation ; en outre, le sommeil est très irrégulier. La dose est portée à cinq grammes et, derechef, du 4 au 20, on obtient de sept à huit heures consécutives de sommeil. Durant cette période, légère diarrhée vite guérie en deux jours. A partir du 20, pour la seconde fois accoutumance. Du 20 au 24, en effet, on a seulement deux heures de repos avec une intermittence et violente agitation le reste de la nuit. Du 25 au 30, avec six grammes, on obtient encore de six à sept heures consécutives de sommeil, mais force est de suspendre la médication, car le malade est très faible. Depuis le début du traitement, la paralysie générale a pris la forme suraiguë. Malgré l'abandon du remède, malgré une médication tonique et une alimentation réparatrice, la maladie continue son évolution rapide et le malade meurt dans le marasme paralytique le 2 mai.

Voici maintenant cinq cas dans lesquels l'effet hypnotique n'a pas été obtenu ; néanmoins trois d'entre eux ont revêtu quand même la forme suraiguë avec terminaison fatale par marasme paralytique et un a eu une intoxication aiguë, de courte durée, il est vrai.

Observation LVI. — Xavier Teit..., 56 ans, entré le 20 janvier 1890. Paralysie générale à la première période. Sommeil d'une heure environ avec violente agitation le reste de la nuit. Du 27 au 29, quatre grammes de chloralamide ne donnent aucun résultat. Du 29 au 4 mars, avec cinq grammes, il y a tout au plus de trois à quatre heures de repos avec une ou deux intermittences et violente agitation le reste du temps. A cette date il est nécessaire de supprimer le remède, car le malade est très faible. Depuis le début de la médication la paralysie générale a revêtu la forme suraiguë. Malgré l'abandon du remède et tous les efforts tentés, le malade meurt dans le marasme paralytique le 4 avril.

Observation LVII — Alphonse Mab.., 46 ans : paralysie générale à la première période. Une heure ou deux au plus d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Deux grammes de chloralamide pendant trois nuits, trois grammes et quatre grammes durant le même laps de temps n'apportent aucun changement. Pendant vingt nuits cinq et six grammes ne procurent pas plus de trois à quatre heures d'un repos interrompu au moins une fois. On laisse le malade une semaine sans médicament, puis le chloralamide pendant dix nuits, est repris à six grammes d'emblée ; néanmoins il n'y a pas plus de trois à quatre heures de repos avec une ou deux intermittences.

Observation LVIII. — Joseph Mull.., 34 ans, paralysie générale à la première période. Deux heures de sommeil avec violente agitation le reste de la nuit. Du 1er au 8 mars avec trois grammes de chloralamide l'agitation nocturne tombe, mais il n'y a que trois heures d'un sommeil interrompu. Il en est de même du 8 au 11 avec quatre grammes. Du 11 au 30, avec cinq grammes, on n'obtient encore que quatre heures d'un sommeil interrompu une ou deux fois, mais le 30 au lever, le malade a des symptômes aigus d'intoxication, frissons avec cyanose, diarrhée et vomissements. En quelques heures il est rétabli par une potion tonique et astringente et des frictions énergiques. Néanmoins la médication ne fut pas reprise.

Observation LIX. — Félicien Bourg., 58 ans, entré le 6 août 1890. Paralysie générale à la première période. Deux heures d'un sommeil interrompu avec violente agitation le reste de la nuit. Pendant dix jours quatre grammes de chloralamide n'ont même pas donné quatre heures de sommeil, mais la faiblesse est telle que le remède doit être abandonné, car la paralysie générale revêt la forme suraiguë. En dépit de cet abandon et malgré tous les efforts tentés le malade meurt dans le marasme paralytique le 31 octobre.

Observation LX. — Valentin Rich..., 36 ans, entré le 21 juillet 1890. Paralysie générale à la première période. Insomnie agitée complète. Pendant huit jours, avec trois grammes de chloralamide, il y a à peine une heure de repos et l'agitation nocturne est tout aussi intense, mais la faiblesse du malade est telle que le médicament doit être abandonné. Depuis le début de la médication, la paralysie générale suit une marche foudroyante. De fait, malgré

l'abandon du remède et tous les efforts tentés, ce malade meurt vingt jours après dans le marasme paralytique.

A mon avis il découle clairement de ces nombreuses observations que le chloralamide précipite l'évolution dela paralysie générale. Mais comment ? Tel est le difficile problème qu'il importe de résoudre. La première idée qui se présente est celle d'une action directe sur la nutrition. C'est surtout dans la forme suraiguë de la paralysie générale qu'on constate ce dépérissement, cet amaigrissement rapides désignés sous le nom de fonte paralytique. Chez ces malades les troubles nutritifs sont indéniables ; ils sont mêmes si intenses qu'il n'est pas besoin, pour les constater, de recourir à des procédés où de laboratoire ou de clinique, l'œil suffit. Mais ils ne sont pas seuls ; les désordres du système nerveux progressent parallèlement et ceux-là ne dépendent pas de la nutrition, l'inverse même serait plus exact. Or, chez nos paralysés généraux soumis au chloralamide, les deux ordres de manifestation ont évolué côte à côte : voilà déjà une première raison de ne pas s'arrêter à cette idée d'une action directe sur les échanges organiques. Mais il y a encore, militant contre elle, l'innocuité absolue du médicament dans la folie simple et dans la démence sénile. Si le chloralamide attaque la nutrition, comment expliquer que les vésaniques et les vieillards, fatigués par la maladie ou l'âge, n'aient jamais présenté, au cours d'une médication longue et à doses élevées, ni amaigrissement ni affaiblissement.

Néanmoins j'ai pensé qu'il était utile de s'en assurer directement, afin de lever tous les doutes,et j'ai, dans ce but, organisé des recherches avec l'aide de M. Targoula, interne du pensionnat de Ville-Evrard. Nous avons choisi six malades, bien portants et mangeant le régime ordinaire de la maison, deux débiles, un épileptique, un maniaque et un lypemaniaque chroniques, enfin un délirant systématique qui ont pris huit soirs de suite trois grammes de chloralamide et cinq grammes les huit autres soirs consécutifs, soit en seize jours soixante-quatre grammes de la substance. Si une action sur la nutrition se produisait, nous devions à coup sûr dans ces conditions la constater. Pour ce, renonçant à doser l'urée et les sels à cause des difficultés de cette opération avec les aliénés dont il est difficile de recueillir la totalité des urines, nous nous sommes arrêtés au poids des sujets et à l'analyse complète du sang : nombre des globules blancs et rouges. degré d'hémoglobine, par les derniers procédés de Malassez, Et voici les résultats de nos recherches :

Observation LXI. — Alexandre Ba.., 43 ans, entré le 3 septembre 1885. Manie chronique. Avant la médication le malade pèse 70 kilos 200 grammes. L'analyse du sang donne globules rouges, 4.377.000 ; globules blancs, 6,600 ; degré d'hémoglobine 12. Après avoir pris huit soirs consécutifs trois grammes de chloralamide le malade pèse 71 kilos 300 grammes. Immédiatement après il prend pendant huit autres soirs consécutifs cinq grammes de chloralamide

et alors il pèse 73 kilos tandis qu'une nouvelle analyse du sang donne : globules rouges 4,550,000 ; globules blancs, 6,400 ; degré d'hémoglobine, 12.

Observation LXII. — Théophile Cromp..., 54 ans, entré le 21 novembre 1887. Lypémanie chronique. Avant la médication le malade pèse 78 kilos ; l'analyse du sang donne : globules rouges,4.370.000 ; globules blancs, 7.600 ; degré d'hémoglobine, 11. Après avoir pris huit jours consécutifs trois grammes de chloralamide, le malade pèse 79 kilos 500 grammes. Immédiatement après,il prend pendant huit autres soirs consécutifs cinq grammes de chloralamide et alors il pèse 77 kilos 500 grammes, tandis que l'analyse du sang donne 4.243.000 pour les globules rouges, 7.800 pour les globules blancs et 10 comme degré d'hémoglobine.

Observation LXIII. — Napoléon Rond..., 25 ans ; entré le 27 octobre 1880. Imbécillité. Avant la médication il pèse 62 kilos 500 grammes ; l'analyse du sang donne 4.971.000 pour les globules rouges ; 6.100 pour les globules blancs et 14 comme degré d'hémoglobine. Après avoir pris huit soirs consécutifs trois grammes de chloralamide il pèse toujours le même poids. Immédiatement après il prend pendant huit autres soirs cinq grammes de chloralamide et alors il pèse 64 kilos 500 grammes tandis que l'analyse du sang donne : globules rouges,4.983.000 ; globules blancs,6.902 ; degré d'hémoglobine,14.

Observation LXIV. — Oscar Abrah..., 23 ans. Entré le 9 juillet 1890. Epilepsie. Avant la médication il pèse 64 kilos 500 grammes ; l'analyse du sang donne pour les globules rouges, 4.705.000 ; pour les globules blancs 7.000 et 11 comme degré d'hémoglobine. Après avoir pris huit soirs consécutifs trois grammes de chloralamide, le poids est le même. Immédiatement après, il prend pendant huit soirs de file cinq grammes de chloralamide, alors le poids ne varie pas davantage, tandis que l'analyse du sang donne : globules rouges 4.782.000 ; globules blancs 6.800 ; degré d'hémoglobine, 11.

Observation LXV.— Robert Du..., 22 ans. Entré le 27 mars 1889. Idiotie. Avant la médication il pèse 60 kilos ; l'analyse du sang donne : pour les globules rouges 4.204.000 ; pour les globules blancs, 6.200 ; degré d'hémoglobine, 9. Après avoir pris pendant huit soirs consécutifs trois grammes de chloralamide il pèse 61 kilos 200 grammes. Immédiatement après il prend pendant huit autres soir cinq grammes de chloralamide et alors il pèse de nouveau 60 kilos, tandis que l'analyse du sang donne : nombre de globules rouges, 4.216.000 ; nombre de globules blancs, 6.000 ; degré d'hémoglobine, 9.

Observation LXVI.— Joseph Chim..., 38 ans. Entré le 26 janvier 1888. Délire systématisé à la seconde période. Avant la médication il pèse 79 kilos 400 ; l'analyse du sang donne 4.860.000 pour les globules rouges ; pour les globules blancs 5.600 et pour degré d'hémoglobine 10. Il prend pendant huit soirs consécutifs trois grammes de chloralamide et il pèse 80 kilos. Immédiatement après il prend pendant huit autres soirs cinq grammes de chloralamide et alors il pèse 82 kilos 500, tandis que l'analyse du sang donne : nombre de globules rouges, 4.886.000 ; nombre de globules blancs, 5.200 et degré d'hémoglobine 11.

Ces six opérations ne permettent pas d'accepter une action nocive sur la nutrition exercée par le chloralamide. La com-

position du sang après la médication fut à peu de chose près la même qu'avant. Je n'ignore pas combien sont délicates ces analyses, à quelles critiques elles prêtent ; mais il y a une autre preuve plus grossière, à laquelle, pour ma part, j'attache, une grande importance, je veux parler du poids des sujets. Il n'a jamais diminué ; ou il est resté stationnaire ou il a augmenté ; et cette augmentation a même dépassé trois kilos. Est-il possible, dans ces conditions, d'accepter que les malades se soient trouvés soumis à une influence dénutritive ? Certainement, non.

Il nous était par là démontré que la dénutrition, évidente même au simple regard, présentée par nos paralysés généraux soumis au chloralamide était secondaire, la conséquence d'une autre action qui en même temps aggravait les lésions du système nerveux comme en témoignaient les troubles paralytiques concomitants. Pour la découvrir, le seul moyen nous parut une étude minutieuse, à l'aide d'expériences, des moindres modifications apportées dans le fonctionnement des appareils organiques par le médicament. Ces expériences je les entrepris avec l'aide de mes deux internes, M. Toulouse et M. Larroussinie, chez des vésaniques qui voulurent bien s'y prêter, puisque je savais le chloralamide inoffensif à leur santé. Huit furent choisis parmi toutes les variétés de la folie simple, malades bien portant, et ne souffrant pas d'insomnie, afin de vérifier si l'hypnotique était susceptible d'imposer le sommeil à un organisme qui n'en a pas besoin. Tous prirent le remède vers les dix heures du matin, la soupe leur ayant été servie à sept heures. Quatre, trois jours de suite, eurent quatre grammes du remède, deux un jour cinq grammes et le lendemain six, enfin les deux derniers six grammes deux jours de suite. Avant d'administrer la substance, chaque fois on notait le nombre des pulsations, le tracé sphygmographique, la température rectale, le nombre et le rhythme des respirations, la force dynamométrique, l'état des organes digestifs, de la sensibilité et des réflexes. Le chloralamide bu on recommençait à noter chacune de ces choses après un quart d'heure, après une demi-heure, après une heure et après deux heures. Soit quatre relevés qui conduisaient à midi, moment où les malades prenaient leur repas, puis trois nouvelles constatations avaient lieu à deux heures, à quatre heures et à six heures. Enfin les urines des vingt-quatre heures, de dix heures du matin au lendemain pareille heure, furent recueillies. C'est ainsi d'ailleurs que nous avions déjà opéré pour établir l'action physiologique du méthylal. Avec le chloralamide nous avons dans ces conditions réalisé vingt expérimentations qui ont exigé une grande patience et une grande exactitude, mais j'ai eu en M. Toulouse et M. Larroussinie des collaborateurs dévoués et j'ai pu, grâce à eux, mener à bien ces recherches comme j'avais pu, l'an dernier, réaliser celles relatives au méthylal, grâce au concours zélé de M. le Dr Klein et de M. le Dr Vigouroux, alors mes internes.

Nos efforts n'ont pas été tout à fait stériles. Sur la force dynamométrique, la respiration, la sensibilité, les réflexes

et l'appareil digestif, le chloralamide s'est montré sans action. Deux fois on a noté de la salivation et deux fois aussi un léger état nauséeux immédiatement après l'administration du remède, mais ces indispositions, d'ailleurs très courtes, dépendaient de l'amertume de la substance ; elles n'eurent aucune suite, tous les malades conservèrent un bon appétit et à aucun moment leur digestion ne fut troublée. Quant à l'influence hypnotique elle a été faible. Pas un des sujets en expérience, y compris les deux qui prirent d'emblée six grammes de chloralamide deux jours de suite, ne dormit avant le repas. Un de ceux-ci n'a même pas dormi du tout, pas plus après qu'avant déjeuner et il en fut de même d'un qui absorba quatre grammes trois jours de file. Les six autres firent dans l'après-midi une sieste — on était au commencement d'octobre — sieste d'une demi-heure à deux heures. Voilà les seuls effets narcotiques obtenus. Le chloralamide ne paraît donc pas être un hypnotique puissant, susceptible d'imposer le sommeil à un organisme qui n'en a point besoin. Par contre, ce médicament a une action marquée sur la température, sur la sécrétion urinaire et surtout sur la circulation. Il abaisse sans conteste la première ; la chute thermique dans certains cas a dépassé un degré ; un abaissement de six à sept dixièmes fut très fréquent. La sécrétion urinaire, elle, est accrue ; elle a été dans les vingt-quatre heures de deux à trois litres ; une fois même elle s'est élevée à plus de quatre litres. Je la crois intimement liée à l'influence sur la circulation dont il me reste à parler, la plus accentuée et en même temps la plus importante de toutes. Le chloralamide est tout à la fois un accélérateur et un tonique du cœur. Sous son influence le nombre des pulsations augmente et la tension artérielle s'élève. Chez deux malades, les battements du pouls s'accrurent à la minute de 28 et de 24 chez deux autres ; un accroissement de 12 à 15 pulsations se montra fréquent. En même temps les tracés sphygmographiques sont modifiés : la ligne d'ascension devient verticale et atteint une hauteur parfois double de celle d'avant l'expérimentation. Ce n'est pas tout, cette suractivité de la circulation amène un état congestif des plus marqués des centres encéphaliques. Le malade sent des bouffées de chaleur à la tête : il éprouve de l'ivresse, le visage se congestionne ; le facies devient vultueux ; les yeux, injectés et larmoyants, sont le siège de picotements désagréables. Il y a un ensemble qui ne saurait laisser aucun doute sur une poussée active de sang vers le cerveau. L'intensité de toutes ces actions physiologiques n'a pas toujours été en rapport direct avec les doses ; ici, comme dans toutes les influences médicamenteuses les idiosyncasies ont joué un rôle. En outre, il ne semble pas qu'elles aillent en s'atténuant toujours et progressivement par accoutumances, car parfois, elles furent plus accusées le second ou le troisième jour que le premier.

(*A suivre*).

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Avril 1891

Salle Andral (femmes).

Malades anciennes.

N° 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, état de paralysie des extrémités inférieures.*

Cette malade a fait des transferts dans le courant de ce mois, son état s'est amélioré très sensiblement. Elle marche avec plus d'aisance et pose son pied plus d'aplomb.

N° 18. Clotilde L., 17 ans. *Attaque d'hystérie.*

Cette jeune fille a quitté le service entièrement guérie.

N° 17. Eugénie W., femme de chambre. *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

L'état de cette malade s'est amélioré dans le courant de ce mois dans une très grande proportion. Elle commence à recouvrer la sensibilité. Ses forces sont revenues. La sensation de vivre qu'elle avait perdue est également revenue. Elle dit qu'elle se sent renaître.

On peut la considérer comme guérie.

Malades nouvelles du service.

N° 13. Alice F., 22 ans. *Hystéro-épilepsie.*

Les parents de cette jeune fille ont toujours été bien portants. Le père est mort accidentellement.

Elle a été très difficile à élever.

Depuis l'âge de 7 ans, jusqu'à sa formation à 13 ans, où elle a été réglée régulièrement, elle n'a pas été malade. A la suite d'une émotion, elle a eu, à 14 ans, une première attaque.

Dans cette première crise qui dura 1/4 d'heure, elle est tombée.

Pendant les 5 ou 6 premiers mois, qui suivirent, elle eut 7 crises par mois avec perte de connaissance. Elle se débattait, écumait et se mordait la langue. Depuis cette époque elle en a eu régulièrement 3 par mois, sauf une période de 3 mois qui s'est passée sans crise.

Cette malade n'a pas beaucoup de force, elle donne au dynanomètre 20 kilos de pression à droite et 18 kilos à gauche. Sa figure est pâle et amaigrie.

Les crises la fatiguent beaucoup. Elle a subi différents traitements sans résultat.

Depuis son entrée dans le service elle a été soumise à l'action des miroirs et aux transferts. Elle n'a eu dans le courant de ce mois que 2 attaques, dont une sans perte de connaissance.

N° 26. Léonie de B., 34 ans. *Hémiplégie gauche. Strabisme simultané.*

La mère de cette malade est nerveuse et rhumatisante ; son père est mort de la goutte et des fièvres coloniales.

Etant jeune, elle a eu vers l'âge de 6 ans une fluxion de poitrine.

Elle a été réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

Depuis l'âge de 19 ans, elle a des rhumatismes articulaires.

Il y a 4 ans elle a été aux bains de mer à Dieppe ; le lendemain qu'elle avait pris un bain, elle s'aperçut en voulant se lever, que ses jambes fléchissaient et au bout de quelques heures la parole lui manquait ; l'œil gauche se tournait et tout le côté se trouvait paralysé. Elle resta pendant 10 mois chez elle sans faire de traitement sérieux. Au bout de ce temps, elle commença par l'hydrothérapie, prit du bromure de potassium et de l'iodure.

Rien n'a réussi. Elle est très impressionnable.

Un rien la fait pleurer ou rire très fort.

Elle donne au dynanomètre 29 kilos de pression à droite et 3 kilos à gauche.

Depuis qu'elle est dans le service, elle a fait quelques transferts qui lui ont déjà donné beaucoup de force. Elle commence à aller mieux.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens.

N° 25. Louis G., 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires.*

Ce malade continue à aller mieux, les tremblements diminuent toujours, il est plus maître de ses mouvements.

N° 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

L'état de ce malade est toujours stationnaire, il ne ressent plus aucune douleur, mais la contracture persiste toujours.

N° 1. G., 23 ans. Charretier. *Hystéro-épilepsie.*

Ce malade n'a eu aucune attaque depuis qu'il est dans le service ; il a suivi régulièrement le traitement par l'action du miroir. Il se sent plus fort et va très bien ; il va quitter le service.

N° 2. Thévenet (Louis), 26 ans. *Attaque d'épilepsie.*

Dans le courant de ce mois, ce malade a eu plusieurs attaques. Cependant, elles sont moins fortes. Le traitement par le miroir lui fait beaucoup de bien.

Il a repris un peu de force.

Malades nouveaux du service.

N° 28. Baudin, 26 ans. Acrobate. *Attaque d'hystérie, tremblements des bras.*

Les parents, qui étaient acrobates, sont morts accidentellement.

Depuis l'âge de 4 ans, il était très nerveux et a eu des crises jusqu'à l'âge de 11 ans. De 12 à 15 ans il a été mousse.

Pendant cette période il contracta la vérole, un chancre mou et plusieurs autres maladies vénériennes.

Pendant cette période de 3 ans qu'il passa dans la marine, il n'a pas eu de crise. En revenant, il en a eu encore quelques-unes, puis elles disparurent.

L'année dernière, à la suite d'une chute, il fut atteint d'une hémortysie. Il vomit beaucoup de sang et fut soigné à l'hôpital Baujon. Il en sortit au bout de 3 mois et quelque temps après il contracta un chaud et froid, et c'est depuis ce temps que les attaques sont revenues.

Il a perdu beaucoup de force, il donnait lorsqu'il est entré dans le service au dynanomètre, 40 kilos de pression à droite et 35 kilos à gauche.

Depuis qu'il est dans le service, les crises n'ont pas diminué, mais elles sont moins fortes. Il est soumis à l'action des miroirs qui lui font beaucoup de bien.

Consultation externe.

Eugène B., 37 ans. *Neurasthénie.*

Dans le courant de ce mois, le mal s'est déplacé, les violentes douleurs du ventre sont atténuées, mais il souffre encore dans la tête. Son état est en général amélioré.

Il continue son traitement par le transfert.

Sophie S., 59 ans. *Accidents cérébraux. Blépharospasme.*

Cette malade va de mieux en mieux, elle est plus maîtresse de ses paupières qui ne s'abaissent plus autant lorsqu'elle marche. Elle continue son traitement par le transfert.

Henri L., 38 ans. Commis principal des postes. *Hypocondrie.*

Ce malade, qui a fait quelques transferts dans le courant de ce mois, va tout à fait bien. Il est très heureux de son état. Il avait toujours des idées noires et de suicide ; en outre, il souffrait de la tête.

Il est à remarquer que ce malade était, dans les premiers temps qu'il venait, très incrédule, il disait que les transferts étaient de la « blague ». Il a donc fallu qu'il ressente beaucoup de bien dès les premiers transferts, car il a continué et s'est guéri ; sa guérison s'est maintenue.

Louise L., 41 ans. *Douleurs sciatiques avec névralgie..*

Cette malade va beaucoup mieux. Les douleurs sont moins violentes et moins fréquentes. Elle a suivi régulièrement son traitement par le transfert, combiné avec l'antypirine. Elle va continuer le même traitement.

Jules L., 21 ans. Jardinier. *Attaque d'épilepsie.*

Ce jeune homme, qui avait abandonné quelque temps son traitement, va beaucoup mieux. De 8 à 10 attaques qu'il avait par mois, il n'en a eu que 2 dans le courant d'avril.

Il continue à faire des transferts qui lui ont fait le plus grand bien.

Malades nouveaux.

Mme Angèle M., 44 ans. *Vertiges, faiblesse des extrémités inférieures. Sensation de tournoiement et d'impossibilité à marcher droit.*

La mère de cette dame est morte d'une affection du cœur, elle

avait eu une paralysie à 22 ans à la suite d'un transport au cerveau. La malade est venue au monde quelque temps après.

Le père est mort d'une fluxion de poitrine.

En 1884, elle a eu la fièvre typhoïde.

En 1886, elle a eu des vertiges, tout d'un coup, dans la rue, elle resrentit en même temps des douleurs d'estomac, avec frémissement dans les pieds et les membres. Dans la tête, elle sent toujours la sensation du vide, de vague. Dans les commencements le sol lui manquait, elle avait des vertiges ; elle perdait l'équilibre.

Actuellement elle est dans le même état avec des douleurs articulaires en plus.

Elle rêve beaucoup la nuit et se réveille en sursaut. Elle digère très mal.

Néanmoins elle a bonne mine et paraît avoir une physionomie normale.

Tous les traitements qu'elle a faits depuis longtemps n'ont amené aucun soulagement. Elle a pris beaucoup de bromure qui lui a fatigué le cerveau.

Actuellement, elle va être soumise à l'action des couronnes d'aimant.

Elle a fait 10 transferts qui n'ont pas encore donné de résultat très net, quoique les douleurs soient moins fortes.

Bertrand E., 32 ans. Employé. *Paralysie des extrémités inférieures et de la vessie. Impossibilité d'uriner et d'aller à la garde-robe.*

Il y a 2 ans, il fit une chute de la hauteur d'un 4e étage. Jusque-là il n'avait pas été malade. Sur le moment il ne sentit aucun mal apparent ; mais peu à peu il sentit une faiblesse dans les reins, ainsi que des douleurs fulgurantes dans les jambes. Il éprouva de la difficulté à uriner et à aller à la selle. Chaque fois qu'il urinait il ne se sentait pas. Les érections disparurent également. Les reins principalement le font beaucoup souffrir.

Il s'est soigné jusqu'alors par l'hydrothérapie et le bromure sans aucun résultat.

Depuis qu'il vient dans le service il a fait quelques transferts et il commence à éprouver un peu de soulagement.

Albert J., 17 ans. Employé. *Hypertrophie du cœur, palpitations cardiaques.*

Ce malade a eu des convulsions étant jeune. A part cela, il n'a jamais été malade.

Depuis 3 ans il souffre du cœur, qui est très gonflé et qui lui provoque, quand il se fatigue, un peu de palpitation et des étouffements. Il a essayé sans résultats plusieurs traitements.

Depuis quinze jours il a fait quelques transferts, qui l'ont déjà beaucoup amélioré.

Edouard L., 59 ans. Graveur. *Douleurs sciatiques dans la jambe gauche et douleurs dans la tête avec vertiges.*

Jusqu'à l'âge de 39 ans, ce malade n'a jamais rien eu. A cette époque il eut un chancre mou qui dura quelque temps.

Peu après il ressentit de vives douleurs dans l'estomac et dans la tête, ainsi que des vertiges, qui le firent beaucoup souffrir. Depuis près de 2 ans, il ressent des élancements nerveux dans tous les membres. Dans la jambe gauche, principalement les douleurs sont très fortes, les vertiges sont de plus en plus fréquents.

Il s'est soigné jusqu'alors sans résultat avec du bromure et du valérianate.

Louis C..., 29 ans, adjudant. *Morphinomanie. Gastralgie.*

Depuis quelques jours qu'il vient dans le service il a fait quelques transferts, et commence par éprouver un peu de soulagement dans les jambes. Les vertiges persistent toujours.

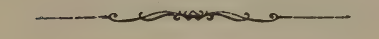
A l'analyse on constata une assez grande quantité d'acide urique dans son urine. C'est à ce moment que les douleurs devinrent très fortes et qu'il commença par faire usage de la morphine. Quatre mois plus tard il constata dans ses urines des traces d'albumine.

Il a continué à prendre graduellement de la morphine jusqu'à 1 gr. 20.

A partir de cette époque il cessa d'employer la morphine pure pour prendre des doses de 60 centig. de morphine avec 40 centig. de cocaïne.

Voyant les ravages causés par cet usage de la morphine il essaya depuis le mois de janvier à diminuer la dose et actuellement il ne prend plus que 65 à 70 centig. Avant d'avoir été soumis au miroir il prenait 90 centig. et ne pouvait supporter la plus petite diminution qui lui causait aussitôt de grandes insomnies. Depuis 15 jours qu'il suit le traitement des miroirs il n'a plus les idées tristes qu'il avait auparavant, son état est tout à fait amélioré.

Le traitement continue.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

LA DERMOGRAPHIE

Son rôle dans l'histoire. — Le mécanisme de sa production.

Par le docteur GUIMBAIL,

Ancien Interne des Asiles d'Aliénés,
Médecin-adjoint de la Maison de santé d'Ivry,
Chroniqueur scientifique au journal l'Évènement.

Quand notre esprit éclairé par la science moderne, se reporte curieusement aux temps déjà lointains où la crédulité sans bornes, la foi sans examen accordaient aux prétendus crimes de sorcellerie la gravité que l'on sait, nous sommes presque tentés de témoigner quelque indulgence aux abus et aux excès de toute sorte qui désolèrent cette longue étape de notre histoire.

A la lecture de ces procès fameux qui ensanglantèrent les 15[e] et 16[e] siècles, nous endurons comme un supplice de chatouillement où le rire s'allie à la souffrance. Mélange de comique et d'odieux, de grotesque et de sublime, nous ne savons, en les feuilletant,ce qu'il convient le plus de déplorer : des tourments appliqués aux malheureux, accusés de *possession*, — ou de l'ignorance et de la stupidité de leurs juges.

La conception du démon soufflant le mal dans les âmes,

s'introduisant dans le corps des êtres mal gardés par l'ange tutélaire, le céleste défenseur — s'en emparant, parlant par leur bouche, nous semble moins surprenante, quand on songe quelle stupéfaction devaient engendrer chez nos fanatiques aïeux, les phénomènes mystérieux relatés dans les compte-rendus de ces procès étranges, et en particulier, pour me restreindre à mon sujet, l'apparition sur la peau de signes extérieurs que nulle explication humaine n'était capable de justifier.

Aujourd'hui que la médecine et la physiologie nous donnent la clef de ces phénomènes restés bizarres, quoique dépouillés de tout caractère surnaturel, nous avons beau jeu à transformer le bûcher en douche hydrothérapique, et le tortionnaire en médecin. Mais avouons, si nous sommes de bonne foi, de quel insondable mystère devait être entourée la constatation de ces marques extérieures rapportées à l'influence diabolique : *sigillum diaboli*, les anesthésies, les hyperesthésies, les plaques froides, et par-dessus tout, cette aptitude offerte par certains sujets à conserver l'empreinte en relief des caractères, signes ou emblêmes tracés sur leur peau à l'aide de l'ongle ou d'une pointe de mousse.

Que mes lecteurs se gardent de voir en ce préambule un peu long, une inexplicable réhabilitation des méthodes tortionnaires ; je n'y ai voulu mettre qu'un sentiment de compassion pour l'ignorance et la stupidité des générations qui nous ont précédés et impliquer en même temps, combien nous devons nous féliciter, selon la parole du professeur Bouchard, d'appartenir à une époque scientifique où il fait bon de vivre.

*
* *

Que serait-il arrivé, il y a trois siècles, si un juge mal intentionné, comme plus tard Laubardemont, écrivant le mot de Satan sur le corps d'une prétendue possédée, eut vu chaque lettre se détacher en demi-bosse, quelques minutes après, et persister pendant un certain nombre d'heures ? Sans hésiter, il l'eût dépêchée vers le bûcher, tandis qu'aujourd'hui nous la traiterions comme une simple malade.

Eclairé par le flambeau de la science, le sceau du diable

est devenu une manifestation pathologique bien étudiée à laquelle on a donné divers noms : dermographie, autographisme, dermoneurose stéréographique, urticaire factice, provoquée, graphique..., etc.

Parmi les troubles auxquels sont soumises les délicates fonctions de la peau, celui-là est assurément un des plus curieux. Je viens de dire de quelle façon on le provoque : il suffit pour le faire apparaître de tracer sur la peau avec un crayon, où n'importe quelle pointe mousse, et en appuyant légèrement, les signes, mots, ou emblèmes qu'on désire voir reproduits. Instantanément se montre, aux points touchés, une légère ligne rose, puis bientôt apparaissent des reliefs saillants, pâles, demi-cylindriques, entourés d'une zone rougeâtre en forme de bordure, et reproduisant exactement les lettres ou les dessins virtuellement tracés.

Le phénomène se produit principalement chez les blonds, à peau fine, blanche et lisse. L'âge paraît indifférent, quoique les sujets observés jusqu'ici fussent tous jeunes.

Le mot ou le dessin reste visible, à distance, pendant un temps variable, six, huit heures et quelquefois plus ; parfois d'ailleurs il ne dure que quelques minutes. On ne saurait le confondre avec la raie méningitique ou typhoïdique : la teinte érythémateuse leur est seule commune ; l'élevure consécutive ne se manifeste que dans l'autographisme.

C'est dans le dos, entre les épaules. que se trouve le lieu d'élection, le point maximum de production de ce phénomène étrange. On peut poser en principe que les régions cutanées qui sont le plus favorables à son apparition sont celles que double un tissu cellulaire lâche.

Dans un cas cité par le Dr Paul Raymond, on faisait apparaître sur la poitrine la raie méningitique seule, — sur les membres une très faible rougeur à peine perceptible ; — sur le dos, seulement entre les deux épaules, se montrait le relief dermographique.

Chez une malade du Dr Lewin, la dermographie était limitée à la peau des seins : c'est là une exception extrêmement rare.

Les auteurs ne font aucune mention de l'écriture dermographique, avant le milieu de notre siècle. Et encore les travaux publiés sur la question ne sont-ils ni nombreux ni

complets. Il y a environ une trentaine d'années, Gull la signala le premier, sous le nom d'*urticaire factice*. A quelque distance de là, Hensinger la constate, et fait cette remarque que lorsqu'on vient à piquer l'élevure, il en sort une goutte de sérosité.

Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* du 8 novembre 1872, renferme une communication du docteur Blachez, concernant une dame rhumatisante qui présentait cette particularité que lorsqu'on lui appliquait sur le bras une pièce de monnaie, elle était prise au niveau de la région en contact avec le métal, d'une démangeaison à laquelle succédait une éruption d'apparence ortiée reproduisant en relief les lettres et la figure de la pièce de monnaie.

A partir de cette époque, les observations d'autographisme deviennent presque fréquentes et les recherches touchant sa nature et le mécanisme de sa production si complètes et si savantes qu'elles ne laissent plus d'incertitude sur sa nosologie spéciale.

On se souvient de la *femme-cliché* de Saint-Antoine : son observation fut rapportée à la Société médicale des hôpitaux le 11 juillet 1879 par le Dr Dujardin-Beaumetz. Cette malade, qui avait perdu toute sensibilité de la surface cutanée, présentait le type classique de la dermographie.

Le professeur Pitres, de Bordeaux, MM. Bourneville et Regnard, dans l'Iconographie photographique de la Salpêtrière, M. Huchard dans son traité des névroses, signalent les cas les plus curieux et les mieux observés d'autographisme.

Le premier M. le professeur Renaut eut l'idée, en 1888, d'étudier le phénomène dermographique au point de vue histologique ; il consigna le résultat de ses recherches dans l'article *Dermatoses* du Dictionnaire encyclopédique.

En 1888, M. Lowff présente à la Société médico-physiologique un cas d'urticaire artificielle, graphique, observée chez un imbécile, hanté par des idées de persécution, de grandeurs et un délire mystique.

Un autre imbécile fut reconnu alcoolique dermographique par M. Chambard qui publia son observation, en 1889, dans les *Archives de Neurologie*.

Enfin, MM. Vulpian, Duguet, Michelson, ont constaté des faits de dermographie, *en dehors de toute affection ner-*

veuse. MM. Féré et Lamy (Nouv. Icon. de la Salp.), la recherchant systématiquement, l'ont trouvée chez des malades *simplement atteints d'eczéma et d'urticaire vraie*. M. de Caspary l'a vue chez une *femme chloroformisée*, et M. Zunker, *chez un saturnin*. Je prie le lecteur de bien vouloir retenir les particularités étiologiques soulignées qui prendront au cours de ce travail une certaine importance.

*
* *

L'étiologie du plus curieux des phénomènes pathologiques que puisse présenter la peau, reste encore pour ceux qui l'ont étudié environné de mystère. Observé le plus souvent, chez des hystériques, ou tout au moins chez des névropathes, il est généralement rapporté à des désordres *essentiellement nerveux* ; on le considère comme la manifestation extérieure d'une hyperexcitabilité spéciale de la peau, retentissant sur les centres médullaires et renvoyés à la périphérie sous forme de névrose vaso-motrice.

Il est parfaitement certain que la plupart des sujets dermographiques appartiennent à la grande famille des nerveux.

Leur état psychique est le plus souvent mobile, irritable ; leur impressionnabilité est excessive ; ils rient et pleurent sans motif, ont des colères faciles, parfois même des tendances impulsives. On a trouvé chez quelques-uns la sensation de boule hystérique, la constriction à la gorge avec anhélation. Ils sont souvent tourmentés par de violentes céphalalgies et par des névralgies diverses.

Dans un cas cité par M. Mesnet (*Bull. méd.* 1890), le malade présentait des mouvements spasmodiques des paupières et des muscles de la face.

Enfin la sensibilité est souvent troublée chez les dermographiques : ils ont de l'hémianesthésie, de l'hypéralgésie, des plaques froides et insensibles : ils peuvent ne sentir, comme la malade de M. Mesnet, ni le chaud, ni le froid, ni les piqûres. On a signalé chez eux des zones hystérogènes, le rétrécissement du champ visuel, et jusqu'à des altérations du goût. Chez un petit nombre, des crises hystériques convulsives viennent affirmer, d'une façon péremptoire, l'hystérie dont elles sont comme l'estampille. Si bien que pour la plupart

des médecins, c'est dans cette direction qu'il convient de chercher la cause véritable de l'autographisme.

Pour M. Mesnet par exemple (*Bull. méd.*, 1890, p. 285), l'autographisme ne serait qu'un trouble fonctionnel du nervosisme hystérique. Le savant médecin va jusqu'à supposer une relation intime entre les troubles vaso-moteurs de la peau produits par l'excitation mécanique, le stylet, — et les perturbations cérébrales dynamiques qui accompagnent le sommeil provoqué.

L'auteur se demande si le phénomène extérieur de circulation capillaire qui se passe sous nos yeux, dans l'autographisme, n'aurait pas son congénère dans un trouble intime et profond de la circulation capillaire du cerveau, trouble que nous ne pouvons constater *de visu*, mais dont les effets se traduisent à nous par une dissociation momentanée dans l'exercice des facultés intellectuelles.

Malgré la haute autorité de M. Mesnet, je doute que sa conception originale et imprévue de l'urticaire factice du cerveau ait quelque chance d'être adoptée. J'ai voulu la reproduire, bien qu'elle repose sur les plus fragiles données parce qu'elle montre à quel point la conviction des auteurs qui se sont occupés de l'autographisme est formelle à l'égard de son origine purement névropathique.

Devant un tel ensemble de documents, dont la valeur ne saurait être contestée, nul doute que l'intervention centrale ne prenne au développement de la névrose locale, une part considérable. Il serait puéril, d'ailleurs, de nier aux centres nerveux une action prépondérante, ordonnatrice dans ces manifestations cutanées indubitablement dues à des reflexes se traduisant par des troubles vaso-moteurs périphériques.

Mais une question se pose, dont l'importance ne saurait échapper à personne à la lecture de certaines observations fort concluantes d'autographisme, dans lesquelles *ne put être relevée aucune affection nerveuse*. Il entre donc dans la genèse de la curieuse névrose cutanée un autre élément, facteur ignoré jusqu'ici, et qu'il s'agissait de mettre en lumière. C'est guidé par cette pensée que j'ai voulu reprendre la question : justement, le hasard me favorisa au delà de mes espérances, car pendant que je cherchais à dégager l'inconnu du problème, j'eus l'occasion de donner mes soins à une

jeune femme du monde, intelligente et distinguée, sachant admirablement renseigner le médecin sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Atteinte de tuberculose pulmonaire avancée, ses deux poumons étaient malades, le gauche surtout, creusé d'énormes cavernes. Je me trouvai en face d'une malade dont la famille et le mari n'avaient reculé devant aucun sacrifice pour la faire soigner, et je puis dire que tous les traitements actuellement dirigés ou dirigeables contre la phtisie pulmonaire avaient été mis en vigueur sans le moindre résultat.

J'essayai d'opposer à l'envahissement bacillaire un antiseptique puissant, en le dirigeant non pas du dehors en dedans, ce qui est un mode de pénétration démontré irréalisable, mais du dedans en dehors. J'injectai sous la peau chaque jour pendant plusieurs mois consécutifs une solution, spécialement préparée, d'eucalyptines. J'en imprégnai les tissus de ma malade au point que ses sécrétions, ses excrétions, les exhalaisons pulmonaires et cutanées, portaient l'odeur spécifique et d'ailleurs agréable de l'antiseptique injecté. Je dois à la vérité de déclarer que ce traitement fut couronné de résultats inespérés qui se sont maintenus depuis plus de deux années.

Mais quelle ne fut pas ma surprise de constater, peu de temps après qu'il fût institué, que les moindres attouchements de la peau avec l'ongle ou n'importe quelle pointe mousse, déterminaient l'apparition immédiate de reliefs dermographiques !

Or, cette jeune femme n'est nullement nerveuse ; nature calme et réfléchie, elle est parfaitement équilibrée au point de vue mental. Jamais elle n'a présenté le moindre trouble de la sensibilité, ni aucun désordre sensoriel, pas plus qu'aucune affection cutanée.

Je n'ai relevé dans ses ascendants aucune tare nerveuse, son père et sa mère vivent encore, et ne présentent aucun signe de désordre névropathique. Elle a un frère et une sœur parfaitement bien portants.

La pathogénie de l'autographisme dans ce cas ne saurait pour moi faire l'ombre d'un doute : je la rattache étroitement à l'intoxication artificielle développée par moi au sein de l'organisme pour arriver à combattre la prolifération ba-

cillaire. Et la preuve, c'est que la dermographie disparut peu de temps après qu'on eût cessé le traitement par les injections d'eucalyptines.

*
* *

Toutefois comme il est imprudent et antiscientifique de proclamer qu'on peut conclure d'un fait isolé même très concluant à la généralité des cas et que le : *ab uno disce omnes* n'est point fait pour les savants, j'ai compulsé les observations de mes devanciers et j'ai trouvé soit dans leur lecture, soit dans leur appréciation isolée, pas mal de documents venant à l'appui de ma thèse.

M. de Caspary constate la dermographie chez une femme chloroformisée (1).

MM. Féré et Lamy (2) l'ont trouvée chez des malades simplement atteints d'eczéma, M. Zunker (3) chez un saturnin, sans autre accident nerveux.

MM. Vulpian, Duguet, Michelson, l'ont obtenue chez des sujets indemnes de toute affection nerveuse (4) ; de même, M. Huchard (5).

Force nous est donc de tenir compte dans l'apparition du processus dermographique, de conditions étiologiques restées inconnues jusqu'ici, et pour lesquelles l'étude parallèle de l'urticaire, qui n'est en définitive qu'un autographisme spontané, va nous servir de guide et de comparaison.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) *Vierteljahrschrift für Dermat.* 1882.
(2) *Nouv. non. de la Salpêt.*
(3) *Berlin klin. Wcch.* 1876.
(4) *Mont. med.* 1890 p. 342.
(5) Traité des névroses, 1883, p. 1032.

DU ROLE DE L'HYPNOTISME

DANS LES PRÉOCCUPATIONS DÉLIRANTES DE CERTAINS ALIÉNÉS.

Leçon de M. Aug. Voisin.

(*Recueillie par* M. A. Marie, *élève du service*).

D'une façon générale, dit Marcé, les conceptions délirantes présentent l'empreinte du milieu dans lequel vit le malade, et varient singulièrement selon l'époque, les préjugés sociaux, les idées régnantes. Dans les temps antiques les malades se croyaient poursuivis par les Eumenides, les Dieux infernaux ou par les flèches de Diane ; au Moyen âge, la croyance aux sorciers, aux esprits diaboliques, aux revenants, donnait aux monomanes un aspect caractéristique. De nos jours, des formes gouvernementales nouvelles, une surveillance plus grande exercée sur tous les citoyens, et dans un autre ordre d'idées, des découvertes merveilleuses en chimie et physique, ont tendu à substituer aux idées superstitieuses du moyen âge la crainte des persécutions de la police, et cette croyance si commune chez les hallucinés qu'on les tourmente à l'aide de l'électricité...............

Cette évolution parallèle des modalités psychopathiques, par rapport aux différents systèmes philosophiques, sociaux et scientifiques, doit trouver sa confirmation en ce qui touche l'apparition définitive de l'hypnologie dans le cadre des sciences exactes.

En effet, depuis l'époque si rapprochée de nous, où les recherches relatives à l'hypnologie ont commencé à être vulgarisées, on a pu en trouver les traces en aliénation. Les délires en ont pour ainsi dire subi le contre-coup ; certains délirants ont pu incorporer à leurs systèmes des éléments nouveaux ainsi qu'une terminologie caractéristique.

L'hypnotisme partage dorénavant avec le magnétisme et l'électricité le don d'absorber l'imagination inquiète de certains aliénés.

Ces malades peuvent être divisés en deux classes, les résignés, les passifs d'une part, les actifs de l'autre ; les uns se croyant hypnotisés, les autres hypnotisant.

Les premiers sont beaucoup plus fréquents ; si l'on passe en revue les principales formes d'aliénation on peut prévoir le rôle de l'hypnotisme pour un groupe déjà considérable de malades ; je veux parler des hystériques : et cela indépendamment des pratiques hypnotiques vraies, je n'ai en vue que le rôle ima-

ginaire joué dans le délire. Aussi est-ce d'hystériques délirants que nous nous occupons.

Cependant ce rôle imaginaire se complique parfois de tentatives réelles d'hypnotisme auxquelles la malade s'est soumise au début.

Observation I. — Une malade de M. le docteur Séglas avait assisté à une fête foraine et s'était prêtée aux jongleries d'un banquiste magnétiseur ; ayant éprouvé un commencement d'hypnose, cette femme faible d'esprit fut émue et frappée de ces phénomènes ; sans délire antérieur, elle tomba bientôt dans un accès de mélancolie qui motiva l'internement ; cette malade était évidemment une prédisposée, et les manœuvres du magnétiseur ne furent que l'occasion ; mais en thèse générale ce cas peut s'interpréter en faveur de l'interdiction de l'hypnotisme, en dehors de la pratique médicale qui seule garantit l'application de son opportunité.

La conviction de la malade qu'elle subissait l'influence du magnétisme, donnait à l'attitude une bizarrerie particulière ; elle conservait un mutisme obstiné ou parlait par phrases sentencieuses, à la façon d'une somnambule extra-lucide.

Obs. II. — Une autre malade qui offre avec la précédente quelque analogie figure dans la thèse de M. le docteur Moret, sous le titre « Mélancolie cataleptiforme (catatonie de Kralbaum),excitations suivies de mutisme persistant ». Nous avons pu observer nous-même la malade, elle parle à de rares intervalles et à certaines personnes ; c'est ainsi qu'elle a dit être hypnotisée sans que rien ne permette de supposer que quelqu'un ait pu se livrer sur elle à des pratiques de ce genre, son attitude est celle d'une cataleptique, conservant l'œil fixe et l'attitude dans laquelle on la place.

Certificat : Dépression mélancolique, hystérie. Etat cataleptiforme, mutisme, hypéresthésie, onanisme. Signé Dr Dagonet.

En dehors de ces cas exceptionnels de mélancolie cataleptoïde, on peut dire que la mélancolie proprement dite est caractérisée par des perturbations primitives profondes du fond émotionnel et des différentes sphères sensorielles ; les objets extérieurs ne produisent plus la même impression chez ces malades qui cependant les perçoivent nettement et peuvent ne pas être hallucinés. C'est ce qu'ils expriment parfois d'une façon caractéristique : « Toutes mes impressions se sont faites contraires.... » écrit une malade de M. Séglas ;

« Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois « J. Falret ».

.... Mais dit *Grisinger*, on est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, aussi le délire a-t-il le caractère de tentative que fait le malade pour s'expliquer son état.... »

On comprend dès lors que la conscience du changement produit dans son individualité en même temps que l'impossibilité où il se sent de lutter contre cet asservissement de sa volonté conduise le malade à l'idée de domination par une force supérieure ; l'hypnotisme peut jouer ce rôle, dans un esprit troublé (Obs. I). La transformation de la personnalité du mélancolique s'explique alors aussi logiquement que par l'hypothèse de la possesssion démoniaque par exemple.

Enfin les bouffées délirantes polymorphes des débiles peuvent également porter la trace des préoccupations antérieures des malades relativement à l'hypnotisme ; témoin le certificat suivant relevé dans la thèse du Dr Frossard « sur les aliénés sitiophobes » (TP. 1890).

Obs. III. — Dégénérescence mentale, accidents hystériformes, accès délirants avec hallucinations délirantes, préoccupations mystiques, idées de persécution. Elle prétend qn'on l'a hypnotisée pour lui apprendre à prier. Visions de spectres, terreurs insomnie. Signé Dr P. Garnier.

Certificat d'admission. Débilité mentale, hallucination et trouble de la sensibilité générale ; on la magnétise, on lui fait voir tantôt Dieu tantôt le diable. Signé Dr Magnan.

L'hypnotisme sert ici à expliquer des hallucinations.

Les délires systématisés sont également susceptibles de faire entrer en scène l'hypnotisme qui devient alors le pivot d'une persécution particulière.

En voici quelques exemples :

Obs. IV. — La malade est une femme de 34 ans, célibataire, entrée une première fois en 1887 et sortie après 3 mois ; elle entre de nouveau en novembre 1890 dans la même condition « c'est parce qu'elle est folle d'un boucher d'Asnières » elle l'a rencontré autrefois sans jamais lui avoir parlé près de l'endroit où elle travaillait ; depuis elle s'est sentie malade et a compris qu'elle était enceinte ; les seins lui faisaient mal, elle étouffait, sentait remuer dans son ventre ; comme elle n'a jamais ressenti aucun rapprochement sexuel, elle explique que le boucher l'a

endormie pour entrer dans sa chambre par la fenêtre et abuser d'elle à son insu.

Elle entend encore maintenant dire autour d'elle que cet homme vient la nuit.

Elle aurait eu des crises nerveuses et présente des stigmates d'hystérie.

Elle persiste à se croire enceinte bien qu'il y ait des années que cette idée la poursuit ; elle croit avoir un masque de grossesse ; sans qu'on lui dise rien elle nous reproche de lui dire à l'instant même qu'en effet elle est enceinte (hallucination de l'ouïe).

A tenté deux fois de se suicider de désespoir mais elle est en même temps une véritable persécutrice pour le boucher qu'elle accuse de l'hypnotiser ce qui a motivé ses deux internements.

C'est un cas curieux d'hallucinations génitales en quelque sorte psychiques sans perturbations caractéristiques de la sphère génitale proprement dite ; ce n'est que par le détour de l'hypnotisme qu'elle arrive à l'idée du viol.

La malade suivante offre avec la précédente beaucoup d'analogie.

Obs. V. — Elle est persécutée par les médecins, l'internement a été provoqué par une plainte contre son médecin, accoucheur qu'elle accuse de l'avoir endormie pour abuser d'elle ; elle accuse des médecins qu'elle n'a jamais vus : M. Verneuil, M. Rousseau, etc.

Tous les médecins s'entendent ensemble pour la poursuivre ; elle les reconnaît dans les gens qui passent, les charretiers, etc... dont ils prennent la figure ; ils lui font des signes et des gestes comme les muets, ils en veulent à sa vertu, font des allusions indécentes à ses rapports sexuels avec son mari qu'ils voudraient empêcher. Elle a d'abord cru qu'on avait mis dans ses aliments de quoi l'engourdir, puis elle a compris que c'étaient des passes magnétiques. Elle était de plus suivie par la police. Elle trouvait des papiers blancs sur lesquels elle percevait des signes visibles pour elle seule. Elle a voulu déménager plusieurs fois. Accuse l'interne qui l'examine de faire cause commune avec les autres pour l'endormir et la violer. Ces cas ne sont pas sans intérêt au point de vue médico-légal à cause des accusations mensongères qui peuvent s'en suivre.

En dehors de ces hallucinées on peut rencontrer des malades à impulsions morbides, à raptus involontaires qui attribuent à une suggestion l'acte dont ils ne se sentent pas responsables.

D'autres, des alcooliques en particulier, s'accusent d'avoir

suggéré le crime d'une accusée en vue, qu'ils s'imaginent avoir hypnotisée dans leur rêve, et se dénoncent comme elle (V. la « folie à Paris, 1890 ».

Nous passons ainsi aux aliénés hypnotiseurs ; bien que plus rares, ceux-ci peuvent se rencontrer également : chez les délirants partiels en particulier, on peut observer la transformation de l'état précédent où le malade se croit magnétisé, et le passage à un état nouveau, actif, le malade se découvrant le don de magnétiser lui-même.

Obs. VI. — Une malade de M. Séglas, Anna R*** est atteinte du délire de persécution remontant à 1879.

Alors, elle réagissait par des pratiques de religion outrée, restait à genoux des heures entières, etc.

A cette époque elle ne paraissait avoir que des hallucinations de l'ouïe. Plus tard en 83 sont apparues des idées hypochondriaques. Tous ses organes sont malades... le cœur ne bat plus... elle a des tumeurs dans la poitrine, etc.

Ces souffrances sont le résultat des persécutions premières qui, en revanche, lui ont donné des pouvoirs surnaturels... on lui a coupé deux fois la tête, on lui a percé le cœur d'un poignard, mais elle le comprend maintenant, c'étaient des épreuves faites par le magnétisme, auxquelles elle a su résister grâce à ses formules « excavalatiques ». L'instigateur de ses tourments était « Spiritime » barbarisme significatif. Maintenant, elle a trouvé des défenseurs ; un nommée Paparista et une déesse sont descendus en elle, elle les entend, les sent respirer dans sa poitrine... elle a aussi acquis les « facultés magnétiques » grâce auxquelles elle sait toutes les langues et les parle, d'ailleurs ; c'est ce jargon qui constitue ses formules « excavalatiques défensives ».

Elle les accompagne de gestes, de passes pour magnétiser tout ce qui l'entoure. Après avoir été hypnotisée c'est elle qui hypnotise maintenant, c'est ainsi qu'elle est passée de la phase de persécution à celle de mégalomanie.

Obs. VII. — Une autre malade du service de Monsieur le Professeur Ball a suivi une évolution analogue : Elle a d'abord été persécutée par les Potassiers, néologisme qui semble correspondre à des hallucinations prédominantes du goût et de l'odorat.

Elle attribuait ces effluves à un appareil magnétique qu'elle appelle le « transmetteur » et réclamait continuellement contre M. le Dr Rouillard et signant l' « inoptisée ».

Depuis quelque temps elle s'est découvert aussi un transmetteur qui met tout le monde à sa merci.

On ne peut faire un mouvement sans qu'elle en devine les plus secrets motifs : ça suffit... compris... je vois ce que c'est... avant qu'on ait ouvert la bouche (interprétations délirantes).

Dès lors elle peut lutter victorieusement en opposant le magnétisme au magnétisme, elle « inoptise » à son tour.

Obs. VIII. — Un autre malade est atteint de manie congestive liée à la paralysie générale avec paralysie de la 3[e] paire.

Délire exubérant caractéristique, le malade, très expansif, nous dit qu'il est Napoléon, Monte-Cristo, etc... Comme nous examinons ses pupilles il nous avertit qu'il va nous hypnotiser et il fait dans ce but un effort énergique de fixation qui ramène les axes de ses globes oculaires dans la convergence normale, alors que l'ophtalmoplégie semblait complète en temps ordinaire.

Obs. IX. — Un maniaque chronique que nous avons pu voir dans le service de M. le D[r] Dubuisson à Sainte-Anne a l'habitude, lorsqu'on visite la section de «faire travailler» un imbécile qu'il a dressé. Après avoir simulé quelques passes magnétiques, il hurle une série d'ordres brefs que l'imbécile exécute avec une précision automatique en prenant les positions les plus inattendues ; c'est ce qu'il appelle magnétiser son sujet.

Obs. X. — Signalons en terminant, le cas d'une paralytique hypochondriaque qui avait communiqué à une débile avec accès mélancoliques, quelques idées de négation. Ces idées disparurent lorsque la malade fut changée de section.

Sortie guérie, elle disait qu'elle avait été fascinée par la vue de l'autre malade, expliquant ainsi les conceptions délirantes anormales qu'elle s'était laissé suggérer.

Nous en arrivons ainsi peu à peu aux folies communiquées qui ne sont en fait, que suggestions à l'état de veille ; mais ici l'hypnotisme proprement dit n'est plus en cause, nous arrêtons donc cette énumération de faits qui nous ont paru assez intéressants pour pouvoir être groupés ensemble et rapprochés les uns des autres.

LES SORCIERS DE VILLAGE

ET LA SUGGESTION

Par Gérard Encausse,

Chef du laboratoire hypnotique de la Charité.

Parmi les malades traités au laboratoire de la Charité, se sont trouvés deux cas assez curieux qui révèlent l'influence que peuvent avoir certains individus de la campagne sur des sujets quelque peu émotifs.

Lorsqu'on parle de ces sorciers de village, de ces rebouteurs, de ces bonnes femmes, représentants de ces sciences occultes aujourd'hui oubliées, la première tendance est de rire et de ne tenir aucun compte des mille faits colportés de chaumière en chaumière, et grossis par l'imagination des narrateurs.

Il y aurait pourtant une curieuse étude à faire sur les suggestions, accompagnées de paroles bizarres, qui sont la cause véritable de la plupart des actions de ces magiciens au petit pied. — Ces suggestions n'ont d'effet que sur les êtres émotifs, et toute personne qui se moque du « sorcier » échappe de ce fait à son influence, quoi qu'en disent les partisans à outrance de la suggestion à l'état de veille et de son action universelle.

Les deux malades dont il s'agit sont des hystériques chez lesquelles, du reste, aucun accident ne s'était déclaré jusqu'à l'époque où la suggestion fut donnée.

La première de ces malades, Elisa C..., nous fut amenée le 11 décembre par une parente qui avait consulté à ce sujet de nombreux médecins, qui avaient fait divers traitements, le tout sans aucun résultat.

La malade, âgée de 18 ans, avait une contracture persistante du bras droit d'origine purement hystérique.

Mise devant le miroir rotatif, elle ne tarda pas à être fascinée, et, dès lors, on put combiner le traitement par les transferts avec le traitement par la suggestion. Sous cette double influence la contraction du bras disparaît au bout du quatrième jour de traitement.

Mais, dans la nuit du 4e au 5e jour, la malade devient subitement muette.—Nous pensions venir facilement à bout de ce mutisme par l'emploi de la suggestion. Mais ce fut en vain que nous essayâmes deux jours de suite divers procédés de suggestion. Tout échoua.

C'est alors que l'idée nous vint que la malade était dominée par une suggestion antérieure inconnue de nous et qui détruisait notre action au fur et à mesure des résultats obtenus. Le mutisme persistant empêchait d'interroger la malade. Nous eûmes recours à un subterfuge expérimental.

Nous étant assurés que toutes les suggestions étaient exécutées par la malade, sauf celles qui avaient trait à sa maladie, nous suggérâmes (le sujet étant en période de somnambulisme lucide) que la personne qui *avait fait le mal* était là devant elle et nous montrions en même temps un des élèves du laboratoire.

La figure de la malade prit de suite une expression de fureur très accentuée, et c'est avec grand'peine que l'auteur supposé de l'état actuel du sujet put s'approcher et ordonner d'une voix forte à la jeune fille d'être guérie de suite, ce qui fut fait sur l'heure.

Du dialogue qui s'engagea entre les deux interlocuteurs, nous pûmes déduire les faits suivants :

La jeune malade était fille d'un homme considéré dans le village comme un peu sorcier. Le jour où elle vint à Paris, emmenée par ses maîtres, son père, pris d'une violente colère, la maudit en lui disant :

« A partir d'aujourd'hui, tu seras toujours malade, et nul que moi ne pourra te guérir. »

Jusque-là, jamais elle n'avait été malade, jamais elle n'avait eu de crises hystériques, ni d'accidents neuropathiques quelconques. Cette scène, comme on pense, la frappa vivement. Elle partit, et quelques jours après, la contraction du bras se déclarait.

On comprend facilement pourquoi, dès que cette contraction fut guérie, une autre affection se déclarait. Les paroles du père avaient agi comme une véritable suggestion.

Connaissant cette histoire, il nous fut facile de tout faire cesser. Le père supposé, créé par notre action suggestive, déclara cesser sa malédiction et pardonna à sa fille. Il répéta ce pardon quand le sujet fut éveillé, et dès ce moment, tous les accidents cessèrent.

*
* *

L'histoire de l'autre malade rentre également dans la même catégorie.

Adolphine F., 27 ans, mariée depuis l'âge de 18 ans, nous fut amenée le 7 septembre 1890.

Elle aurait été subitement atteinte chez elle d'accidents neuropathiques intenses, crises d'étouffements, douleurs subites, attaques d'hystérie, etc., etc.

Elle avait été traitée au moyen du bromure, même à hautes doses, de la valériane, du chloral, etc., rien n'avait réussi.

Le traitement par les transferts seuls eut raison très facilement de tous ces accidents et, moins de quinze jours après le début de ce traitement, la malade retournait chez elle guérie. Malgré toutes nos demandes, il nous avait été impossible de trouver la cause de la maladie, et nous avions bien à faire à une nerveuse, quelque peu émotive ; mais cela ne suffit pas pour établir l'étiologie d'accidents aussi subits.

Le 11 décembre 1890, la malade revint nous voir, atteinte encore une fois, des mêmes symptômes. Un interrogatoire minutieux l'amena à avouer qu'elle se faisait quelquefois traiter, dans son pays, par une femme qui passait pour *sorcière*. Cette femme lui avait un jour dit, dans un moment de colère, qu'elle serait toujours malade dès ce moment, et qu'aucun médecin ne pourrait la guérir. La colère de la sorcière était causée par le refus d'une petite somme d'argent de la part de la malade. On a vu quels avaient été les résultats de cette véritable suggestion.

Un nouveau traitement suggestif approprié à cette singulière étiologie, eut raison de la maladie qui est aujourd'hui complètement guérie — au grand scandale de la « sorcière », paraît-il.

*
* *

En somme, il y a là une question sur laquelle on passe souvent avec trop de dédain.

Les récents travaux de notre maître, le D[r] Luys, éclairent d'un jour tout nouveau les actions de ces empiriques, dont la suggestion peut être portée par des objets divers (talismans, pactes, etc.) comme un état neurologique est porté par une couronne aimantée. — Il y aurait lieu de différencier les cas où ces hypnotiseurs de village font œuvre utile d'avec ceux où ils sont passibles des peines édictées par la loi contre les gens qui extorquent, par la menace, l'argent de leurs victimes.

Ces deux observations montrent de plus de quelle utilité est la recherche de l'*étiologie* dans ces accidents neuropathiques qui se déclarant subitement chez des sujets jusque-là parfaitement bien portants ou à peine émotifs.

GÉRARD ENCAUSSE.

GRIPPE ET ALIÈNATION MENTALE

Par M. le Docteur **Mairet**,

Professeur de Clinique des maladies Mentales et nerveuses
à la Faculté de Montpellier.

M. le professeur Mairet consacrait ses leçons des 17 et 24 mars 1890 à l'étude des rapports étiologiques et pathogéniques de la grippe avec l'aliénation mentale. Obligé de n'en donner qu'un résumé succinct, nous nous efforcerons de le rendre aussi fidèle que possible.

Le maître rappelle d'abord à ses auditeurs que, jusqu'à présent, ce côté de l'histoire clinique de la maladie a été laissé dans l'ombre ; pourtant Rush, médecin de Philadelphie, parlant des trois épidémies observées pendant les années 1789, 1790 et 1791, dit à propos de la seconde de ces épidémies : « Plusieurs personnes qui en furent atteintes présentèrent des symptômes de folie, et l'une d'elle se précipita par la fenêtre. Plusieurs furent alarmées par des couleurs bleues et sombres qu'elles avaient devant les yeux. » Et Bonnet, citant devant une société savante de Bordeaux quelques cas qui l'avaient plus particulièrement frappé pendant l'épidémie de 1837 : « Un autre cas, assez digne de remarque, est celui d'un individu chez lequel la grippe provoqua une manie furieuse qui n'est pas encore guérie. »

Enfin Pétrequin, au sujet de la même épidémie de 1837, note que : « plusieurs malades étaient tourmentés par des idées tristes ; il paraît que quatre ou cinq suicides ont été accomplis ou tentés dans les hôpitaux de Paris ».

M. le professeur Mairet, après avoir étudié avec soin l'éclosion des troubles cérébraux aux différentes périodes de la maladie : période de début, période d'état, période de déclin et de convalescence, et présenté aux élèves des types cliniques, se pose la question de savoir s'il y a eu, dans les cas observés par lui, une simple coïncidence entre la grippe et l'aliénation mentale, ou, au contraire, quelque rapport de cause à effet. « Pour résoudre cette question, je n'invoque, dit-il, ni le nombre relativement considérable des cas observés (17) — nombre qui plaiderait plutôt en faveur d'un rapport de cause à effet que d'une simple coïncidence, — ni diverses particularités de la modalité et de l'évolution

de l'aliénation mentale, qui plaideraient dans le même sens ; j'invoquerai simptement l'analogie qui existe entre ces faits et ceux qu'on observe au cours ou à la suite d'autres maladies infectieuses que la grippe.»

A la période prodromique de la fièvre typhoïde, on trouve de véritables accès de folie qui ont donné parfois le change et fait envoyer un typhoïsant dans une maison d'aliénés ; des accès semblables se rencontrent aux périodes de début et de déclin de la dothiénentérie. « Or la subordination étiologique qui, dans les maladies infectieuses, existe entre ces maladies et la folie, est admise sans conteste ; par conséquent, il n'en peut être autrement pour la grippe qui, elle aussi, est une maladie infectieuse.» Il n'y a pas simple coïncidence entre l'affection et les troubles psychiques, il y a rapport de causalité ; la grippe peut donc être une cause de folie. « Ici, elle ne fait que provoquer l'apparition d'une maladie toute préparée et qui ne demandait qu'à éclore ; là, son rôle est plus profond, elle détermine la réalisation de la maladie ; ailleurs enfin, elle joue un rôle essentiel : elle crée pour ainsi dire de toutes pièces la maladie, elle est pathogène.» D'où l'existence d'une folie grippale.

« A en juger par les cas de folie grippale que j'ai observés, la grippe, lorsqu'elle joue le rôle de cause pathogénique, produit une aliénation mentale à forme lypémaniaque.» Lorsqu'elle agit simplement comme cause provocatrice, que ce soit à la période de début ou à la période de convalescence, la forme du délire lui échappe.

La modalité que revêt le délire étant connu, le professeur recherche quelle évolution suit ce délire, et s'occupe d'abord de son mode de début. Lorsque la grippe a une influence étiologique quelconque, le début, dans la très grande majorité des cas, est brusque, et cela à n'importe quelle période. La folie, une fois établie, suit une marche différente, suivant qu'elle est apparue à la période du début ou à la période de convalescence, et il faut différencier les cas dans lequels la grippe agit comme cause pathogène, d'avec ceux où elle n'agit que comme cause déterminante. Dans les premiers, en effet, l'aliénation mentale évolue rapidement vers la guérison ; dans les seconds, l'évolution n'est pas toujours aussi heureuse.

A la période de début, il semble qu'il y ait une distinction à faire, suivant que le délire se développe à la période prodromique, ou lorsque la fièvre est établie, à la période

prodromique, il se dissipe lorsque survient la fièvre : mais au contraire s'il se développe une fois la fièvre établie, on peut le voir se prolonger pendant toute la durée de la grippe, et même durant la convalescence ; un cas de mort rapide a même été observé.

Le pronostic, à la période de convalescence, se trouve subordonné à l'état antérieur du cerveau. Lorsqu'il n'existe pas de prédisposition, la folie grippale évolue rapidement vers la guérison ; quelques semaines suffisent. Mais lorsqu'il existe une prédisposition un peu puissante, celle-ci, mise en activité par la grippe, domine la scène ; la folie passe à la chronicité, et l'incurabilité peut en être la conséquence. A la période de début le pronostic est généralement favorable.

La folie grippale a-t-elle une physionomie qui lui soit propre et qui permette de la diagnostiquer des autres groupes de la folie ? Non, pour établir le diagnostic, il faut remonter à l'étude des causes.

Recherchant comment agit la grippe pour produire l'aliénation mentale, M. le professeur Mairet arrive à la conclusion suivante : « Troubles de la nutrition et troubles circulatoires, tels sont donc deux éléments importants que nous montre l'analyse clinique comme devant entrer en ligne de compte dans l'explication du mode d'action de la grippe dans le développement de l'aliénation mentale qui survient à la période de convalescence. De ces deux éléments, tout indique que les plus importants, ce sont les troubles de nutrition. » Mais il est un autre élément pathogène, toujours le même, puisqu'il donne toujours lieu aux mêmes effets ; c'est celui qui constitue l'essence même de la maladie infectieuse grippe, c'est-à-dire l'agent infectieux. Donc, agent infectieux, troubles de la nutrition, troubles circulatoires. L'association de ces différents éléments peut être variable dans un cas donné, et surtout suivant la période. Ainsi, à la période de début, c'est l'action du microbe qui domine ; à ce moment, en effet, le délire, avec ses hallucinations et particulièrement celles de la vue mobiles, terrifiantes ou professionnelles, revêt bien le caractère toxique. A la période de convalescence, au contraire, la modalité revêtue et l'évolution suivie par la maladie semblent indiquer que c'est la nutrition qui domine la scène pathogénique. Quant aux troubles circulatoires, leur action se trouve à toutes les périodes, mais cette action paraît secondaire.

C'est aux éléments qui entrent en jeu dans la réalisation de l'aliénation mentale que l'on demandera les indications thérapeutiques. L'agent infectieux étant inconnu, intervention nulle de ce côté ; contre les troubles de la nutrition, hygiène, alimentation, hydrothérapie. Les troubles circulatoires seront passibles des moyens employés dans les cas de cet ordre : révulsifs, dérivatifs cutanés et intestinaux, sédatifs de la circulation, etc.

Contre l'agitation violente qui se poursuit nuit et jour, le professeur de Montpellier propose la potion calmante suivante :

Uréthane..................	3 gram.
Antipyrine.................	2 —
Bromure de potassium......	0,80 centigr.
Extrait de jusquiame........	0,10 —
Sirop de digitale...........	30 gram.
Eau de tilleul..............	90 —

par cuillerée chaque trois heures dans le courant de la journée ; le restant en une seule fois le soir au coucher.

D[r] René SEMELAIGNE.



RECHERCHES CLINIQUES

—

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU CHLORALAMIDE CHEZ LES ALIÉNÉS (*Suite*)

Par le Dr E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

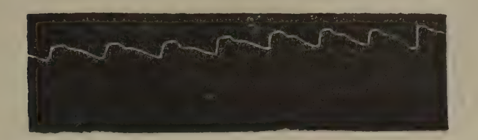
Nous allons donner maintenant les détails de nos expérimentations avec les diverses particularités qu'elles présentèrent. En ce qui concerne les tracés sphygmographiques nous nous bornerons à reproduire les résultats obtenus dans les trois cas les plus saillants.

Observation LXVII. — Alexandre Val..., 34 ans, photographe, entré le 28 mai 1890, atteint de lypémanie dégénérative avec hallucinations psychiques et sensorielles de la vue et de l'ouïe et conscience de son état morbide. Malade capable de renseigner très exactement. Les 7, 8, et 9 octobre il prend chaque matin à dix heures quatre grammes de chloralamide. Chez lui l'action physiologique a été tous les jours s'accentuant davantage. L'amertume de la substance détermine de légères nausées et un peu de salivation ; néanmoins l'appétit se conserve et le malade mange toujours bien au repas du midi. La congestion encéphalique est de plus en plus marquée à chaque nouvelle dose et se traduit par des bouffées de chaleur à la tête, de la vultuance de la face, du larmoiement aux yeux avec picotements. Le sommeil, le premier jour, ne se produit pas ; le second jour et le troisième jour le malade fait dans l'après-midi une sieste d'une heure et demie. Le tableau suivant donne les modifications déterminées dans le pouls, la température et la respiration :

	7			8			9		
	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.
Avant......	72	36.8	16	72	37	18	80	37.6	16
15 m. après.	80	36.1	16	76	36.6	17	108	37.2	16
30 —	78	36.5	16	76	36.6	16	104	36.7	14
60 —	78	36.8	16	78	36.5	15	108	36.3	16
2 h. après.	77	36.8	17	88	36.5	16	98	36.7	15
4 —	84	36.7	18	88	36.7	17	90	36.6	16
6 —	84	36.8	16	80	36.5	17	80	36.8	16
8 —	82	36.6	18	78	36 5	17	80	36.6	16

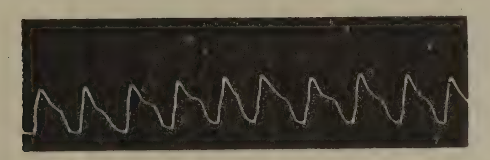
Les tracés sphygmographiques ont indiqué une augmentation de la pression artérielle, remarquable surtout le troisième jour, comme le prouvent les tracés qui suivent. Avant l'administration du remède :

GRAPHIQUE I



Une heure après, alors que le pouls s'était élevé de 80 à 108° :

GRAPHIQUE II



Enfin la quantité des urines a été le 7 de 2,000 gr., le 8 de 1,800 gr. et le 9 de 3,400 gr.

Observation LXVIII. — Jean Sanro..., 51 ans, représentant de commerce, entré le 21 juillet 1890. Atteint de lypémanie ambitieuse. Malade capable de renseigner très exactement. Les 10, 11 et 12 octobre, il prend chaque matin à dix heures quatre grammes de chloralamide. Chez ce malade les actions physiologiques n'ont pas été très accusées, elles ont même été nulles le premier jour ; le second jour, après une demi-heure, la congestion encéphalique avec face vultueuse, yeux injectés et larmoyants, a été très marquée ; à ce moment le malade a accusé une sensation d'ivresse ; c'est, dit-il, comme si j'avais bu un verre de rhum. A ce moment aussi l'action tonique sur le cœur relevé par le sphygmographe a été le plus accusé. Le malade a dormi, dans l'après-midi, les trois jours, une heure environ. Voici les variations du pouls, de la température et des respirations.

	10			11			12		
	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.
Avant......	60	36.6	18	62	36.5	22	64	36.5	20
15 m. après.	64	36.6	18	62	36.5	22	64	36.5	20
30 —	60	36.7	17	64	36.6	24	66	36.6	21
60 —	64	36.7	17	78	36.7	22	66	36.7	22
2 h. après.	62	36.8	18	88	36.8	20	75	36.5	20
4 —	70	36.6	18	80	36.6	21	66	36.7	23
6 —	68	36.7	19	66	36.3	22	64	36.4	20
8 —	62	37	19	66	36.3	21	64	36.7	21

Enfin la quantité des urines a été le 10 de 1,400 gr.; le 11 de 2,250 gr. ; le 12 de 2300 gr.

Observation LXIX.— Edmond Bar..., 42 ans, entré en 1886, voyageur de commerce, atteint de manie chronique. Les 6, 7 et 8 octo-

bre, il prend chaque matin à dix heures quatre grammes de chloralamide. Durant les trois jours, pas de nausées, mais salivation due à l'amertume de la substance ; congestion encéphalique avec excitation très marquée. Dans l'après-midi du premier jour le malade a dormi profondément durant deux heures, et durant une heure et demie le deuxième et le troisième jour. La quantité des urines a été le 6 de 2,750 grammes ; le 7 de 2,000 gr. et le 8 de 2,000 gr. Voici les modifications du pouls, de la température et des respirations. L'augmentation de la tension artérielle fut notable.

	6			7			8		
	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.
Avant......	72	36.9	18	68	36.8	16	60	36.8	18
15 m. après.	72	36.8	18	68	36.8	16	64	36.6	18
30 —	84	36.7	19	68	36.8	17	66	36.6	19
60 —	84	36.7	18	70	36.9	16	72	36.6	18
2 h. après.	70	36 6	18	72	36.8	15	80	36.5	17
4 —	69	36.5	20	70	36.8	17	79	36.6	19
6 —	66	36.3	18	68	36.7	17	78	36.7	18
8 —	66	36.7	17	68	36.7	16	74	36.7	20

Observation LXX. — Victor Pep..., 29 ans, entré le 16 juin 1890, atteint d'hypochondrie morale avec idées de suicide. Les 9, 10 et 11 octobre, il prend chaque matin, à dix heures, quatre grammes de chloralamide. Le premier jour, légères nausées et congestion encéphalique assez marquée. Le second jour, rien. Le troisième jour, salivation abondante ; congestion encéphaliqne remarquable avec tous les caractères décrits plus haut ; en outre, sensation d'ivresse notable, puis, une demi-heure après l'administration du remède, éclate une crise d'hystérie fruste qui dure jusqu'à midi. Il importe de noter que le malade est sujet à des crises de cette nature toutes les fois qu'il boit de l'alcool. Le sommeil a été nul les trois jours. La quantité d'urine a été le 9 de 4,250 gr. ; le 10 de 2,675 gr.

	9			10			11		
	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.	Pouls	Temp.	Resp.
Avant......	70	36.7	24	70	36.7	24	72	36.8	24
15 m. après.	72	36.1	24	70	36.3	25	72	36.8	24
30 —	76	36.3	24	72	36.7	25	72	36.5	24
60 —	72	36.4	23	72	36.8	24	104	36.2	30
2 h. après.	70	36.2	24	68	36.5	25	104	36.5	32
4 —	66	36.5	23	66	36.7	25	92	36.7	24
6 —	64	36.7	22	66	36.7	24	77	36.7	22
8 —	64	36.7	22	64	36.7	24	72	36.7	22

et le 11 de 3,750 gr. Le tableau ci-contre relate les modifications du pouls, de la température et des respirations. En outre, l'augmentation de la tension artérielle a été très accusée.

Observation LXXI. — Albert Bru..., 29 ans, tapissier, entré le 2 juin 1890 pour une crise de delirium tremens. Au moment des expérimentations, le malade est complètement guéri et en état de

renseigner. A dix heures du matin il prend, le 14 octobre, cinq grammes de chloralamide et le 15 six grammes. Dans l'après-midi des deux jours il y a eu une sieste d'une demi-heure et le malade a présenté, une heure après l'administration du remède, une congestion encéphalique peu marquée. La tension artérielle, au moment où le nombre des pulsations a été le plus élevé et la température la plus basse, fut très marquée. La quantité des urines s'est élevée le premier jour à 2,000 gr. et le second à 2,250 gr. Le pouls, la température et les respirations ont été modifiés comme il suit :

	14 (5 grammes)			15 (6 grammes)		
	Pouls	Températ.	Respirat.	Pouls	Températ.	Respirat.
Avant.....	67	37.4	19	60	37	18
15 m. après	69	37.2	19	70	37	18
30 —	76	37.2	19	80	36.4	20
60 —	76	36.8	18	80	36.2	20
2 h. après	84	36.5	18	84	36.1	19
4 —	90	36.5	17	83	36.2	18
6 —	68	36.7	18	68	36.3	19
8 —	68	36.8	19	66	36.6	20

Observation LXXII. — Remy Com..., 30 ans, cultivateur, entré le 15 septembre 1890, atteint de lypémanie avec profonde dépression mentale, demi-stupeur et ralentissement notable de la circulation. A dix heures du matin il prend, le 14 octobre, cinq grammes de chloralamide et le 15 six grammes. Dans l'après-midi il fait, le premier jour une sieste d'une demi-heure et le second jour d'une heure. Impossible d'obtenir de lui le moindre renseignement. Il paraît ne rien éprouver, dans tous les cas son aspect extérieur ne trahit rien. La quantité des urines a été le premier jour de 2250 gr. et le second jour de 2,255 gr. également. Les modifications du pouls, de la température et des respirations figurent au tableau suivant :

	14 (5 grammes)			15 (6 grammes)		
	Pouls	Températ.	Respirat.	Pouls	Températ.	Respirat.
Avant.....	50	37	17	54	37	23
15 m. après	65	37	18	62	37	23
30 —	70	36.8	18	66	37	23
60 —	70	36.6	19	68	36.7	25
2 h. après	72	36.5	18	80	36.4	25
4 —	68	36.6	20	72	36.9	23
6 —	62	36.7	19	67	36.8	25
8 —	60	36.7	19	60	36.8	25

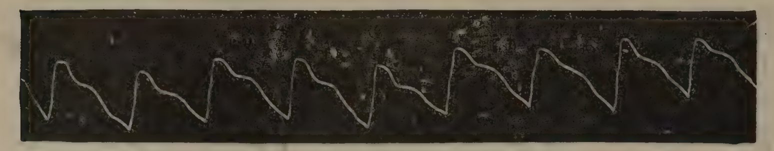
Le second jour avant l'administration du remède le tracé sphygmographique fut

GRAPHIQUE III



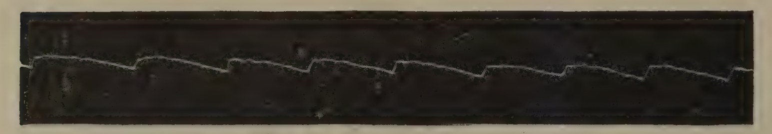
Deux heures après l'administration du remède alors que le nombre des pulsations s'était élevé de 54 à 80, nous obtenions :

GRAPHIQUE IV



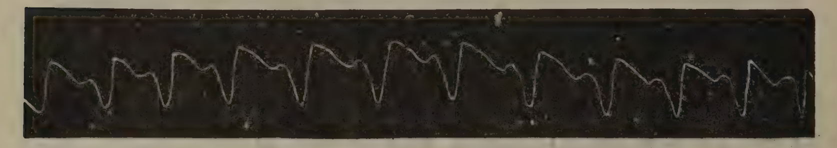
Observation LXXIII.— Antoine Leb..., 27 ans, jardinier, entré le 9 août 1890 pour excitation maniaque guérie au moment de l'expérimentation. Le malade est capable de renseigner exactement. A dix heures du matin il prend, le 16 et le 17 octobre, six grammes de chloralamide. Les deux jours, mais surtout le premier, congestion encéphalique intense avec sentiment d'ivresse. Le 17, seulement une sieste d'une demi-heure dans l'après-midi. La quantité des urines a été, le premier jour, de 1,500 gr. et le second de 2,250 gr. Le 17, immédiatement, avant l'administration du remède, le tracé sphygmographique était

GRAPHIQUE V



Or, deux heures après, le pouls s'étant élevé de 63 à 84, nous avions :

GRAPHIQUE VI



Quant aux modifications du pouls, de la température et des respirations, les voici :

	16			17		
	Pouls	Températ.	Respirat.	Pouls	Températ.	Respirat.
Avant.....	60	37	18	63	37.2	22
15 m. après	68	37	18	68	37.2	22
30 —	72	36.9	19	69	37.1	23
60 —	78	36.8	17	78	36.7	21
2 h. après	84	36.3	18	84	36.5	21
4 —	82	36.6	19	80	37	22
6 —	68	36.6	19	78	37	22
8 —	65	37	20	70	37.2	20

Observation LXXIV.— Hubert Pet..., 28 ans, sabotier, entré le 1er septembre 1890 pour une crise de folie alcoolique, complètement guérie au moment des expérimentations. Malade capable de renseigner exactement. A dix heures du matin, il prend, les 16 et 17 octobre, six grammes de chloralamide. Le sommeil a été nul. Les deux jours, surtout le premier, congestion encéphalique intense avec sensation d'ivresse et de chaleur à l'estomac. La quantité des urines a été, le premier jour, de 1,650 gr. le second de 2,500 gr. Les modifications du pouls, de la température et des respirations furent :

	16			17		
	Pouls	Températ.	Respirat.	Pouls	Températ.	Respirat.
Avant.....	64	37	20	61	37.1	20
15 m. après	65	37	20	68	37	21
30 —	75	36.9	21	68	37	20
60 —	77	36.7	20	68	36.7	20
2 h. après	80	36.6	19	72	36.5	20
4 —	80	36 7	18	72	36.8	19
6 —	74	36.8	20	68	36.8	21
8 —	70	37	19	65	37	20

Je trouve, pour ma part, dans l'action physiologique du chloralamide sur la circulation l'explication de la marche suraiguë imprimée par ce remède à la paralysie générale. Il n'est pas besoin de rappeler la part prépondérante prise par la congestion dans la genèse et l'évolution de l'affection paralytique, part telle que nombreux sont les aliénistes qui rattachent celle-ci à une hérédité propre, l'hérédité congestive. Ainsi, d'un côté, une maladie dont le facteur essentiel est la congestion du cerveau, de l'autre une substance qui, par l'intermédiaire d'une impulsion et d'une énergie insolites imprimées à la circulation détermine l'hyperhémie de cet organe même chez ceux qui n'y sont nullement portés, n'est-il pas dès lors évident que les sujets non seulement prédisposés à cette hypérémie, mais qui l'ont déjà en activité, tels les paralysés généraux, seront exceptionnellement aptes à ressentir les effets de cette substance qui, apportant, à leur mal, un surcroît d'aliment, en accélérera la marche et en précipitera le dénouement. Une telle interprétation me semble la conséquence logique des faits; par elle on comprend l'absence de tout symptôme étranger à la paralysie générale, la seule influence congestive entrant en jeu et aussi l'action hypnotique si marquée qui, tout au moins dans ce cas, dépendrait de la congestion.

Des observations et des considérations qui précèdent nous conclurons que :

I. — Au point de vue physiologique :

1° Le chloralamide chez des aliénés ayant bien dormi la nuit précédente, pris dans la matinée, ne s'est pas révélé capable d'imposer le sommeil à ces organismes qui n'en avaient pas besoin. Ce serait donc un hypnotique faible.

2° Le chloralamide est resté sans action sur la nutrition, sur la force dynamométrique, sur la respiration, sur la sensibilité, sur les réflexes et sur l'appareil digestif.

3° L'amertume du chloralamide a déterminé parfois de la salivation et des nausées. Il convient en conséquence d'édulcorer les potions pour éviter ces accidents et aussi des refus, surtout avec les aliénés.

4° Le chloralamide abaisse la température. La chute a été même supérieure à un degré ; un abaissement de six et sept dixièmes a été fréquent.

5° Le chloralamide accroît la secrétion urinaire qui a oscillé en moyenne entre deux et trois litres et a même une fois dépassé quatre litres.

6° Le chloralamide s'est montré tout à la fois un accélérateur et un tonique du cœur. Sous son influence le nombre des pulsations s'est accru, ainsi que la tension artérielle.

7° Sous la dépendance de cette suractivité imprimée à la circulation, il s'est produit une poussée congestive active vers les centres encéphaliques.

8° L'intensité de l'action physiologique n'a pas toujours été en raison directe des doses de chloralamide.

9° L'action physiologique du chloralamide n'a pas paru céder à l'accoutumance ; parfois elle a été plus énergique le second ou le troisième jour que le premier.

II. — Au point de vue thérapeutique :

1° Le chloralamide ne produit guère le sommeil qu'une heure ou deux après son administration.

2° Dans l'insomnie calme de la lypémanie, il a procuré, à la seule dose de trois grammes, un sommeil régulier de six à huit heures, presque toujours continu, sans accoutumance, ni indisposition quelconque au réveil. Toutefois, chez les lypémaniaques traités, la médication a été de courte durée, car le sommeil naturel est vite revenu comme si le remède en avait hâté le retour.

3° Dans l'insomnie agitée des vésanies, manie ou lypémanie, le chloralamide aux doses poussées jusqu'à six grammes et longtemps continuées a été inefficace dans la proportion de 74 %.

4° Dans la folie vésanique, même aux doses massives longtemps continuées, le chloralamide s'est toujours montré inoffensif.

5° L'action hypnotique du chloralamide dans l'insomnie agitée de la folie vésanique qui ne se produit que dans la proportion de 26 %, est en outre très irrégulière : le plus souvent une bonne nuit a été intercalée entre deux mauvaises ; néanmoins le sommeil produit est continu, sans intermittences.

6° L'accoutumance chez les vésaniques agités sensibles à l'action hypnotique du chloralamide s'est produite dans plus de la moitié des cas. Elle est apparue à des moments variables, cédait de suite à une augmentation des doses, mais pour reparaître peu après, sans obéir à des règles fixes.

7° L'action hypnotique du chloralamide ne persiste pas après suppression.

8° Le chloralamide, même quand il fait dormir, n'a aucune action sur l'agitation diurne et quand il n'amène pas le sommeil il n'atténue pas l'agitation nocturne.

9° L'action du chloralamide, dans l'épilepsie a été la même que dans la vésanie agitée.

10° Dans la démence sénile, que l'insomnie fut calme ou agitée, le chloralamide aux doses de trois et quatre grammes, a procuré un bon repos, régulier, presque toujours sans intermittence ni accoutumance. Le sommeil naturel est, d'ailleurs, vite revenu, comme si le retour en avait été hâté par le remède, néanmoins, à cause de son action congestive, il faut chez les vieillards le manier avec prudence.

11° L'action hypnotique du chloralamide, chez les paralysés généraux, s'est manifestée dans la proportion de 85 %. Le sommeil produit a été continu ; les irrégularités ont été moins accusées et surtout moins fréquentes que dans la vésanie ; l'accoutumance a fait presque complètement défaut, mais la narcose ne survivait pas à la suppression.

12° Les paralysés généraux, même ceux qui bénéficiaient le plus de l'influence hypnotique du chloralamide n'ont pas offert de manifestations spéciales trahissant une action du médicament.

13° Le chloralamide, tout en procurant du sommeil aux paralysés généraux et en étant inoffensif en apparence, a imprimé une marche suraiguë à la paralysie générale, car parmi nos malades traités, la proportion de cette forme a été de 60 %.

14° La marche suraiguë imprimée à la paralysie générale par le chloralamide paraît avoir sa raison dans la congestion active des centres encéphaliques due à l'influence sur la circulation.

15° En résumé, le chloralamide n'est à conseiller que dans l'insomnie calme de la lypémanie pour laquelle nous avions déjà un excellent remède, bien supérieur : l'opium.



BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Mai 1891

SALLE ANDRAL.

Malades anciennes.

N° 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie-névropathie, état de paralysie des extrémités inférieures.*

Cette malade continue toujours à aller mieux ; elle suit le traitement par les transferts qui lui font le plus grand bien. Elle marche beaucoup mieux.

N° 17. Eugénie W., femme de chambre. *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

Dans le courant de ce mois cette jeune femme a eu quelques moments où sa sensibilité avait disparu de nouveau,ainsi que la sensation de vie. Depuis 15 jours elle commence par reprendre le dessus et il est probable que cette fois elle est bien guérie.

N° 26. Léonie B., 34 ans. *Hémiplégie gauche.Strabisme simultané.*

Cette malade continue à aller de mieux en mieux ; et elle continue à faire régulièrement des transferts qui lui font beaucoup de bien.

N° 13. Alice F., 23 ans. *Hystéro-épilepsie.*

Cette jeune fille a eu, dans le courant de ce mois,plusieurs attaques qui ont été assez fortes, mais qui, une fois finies, n'ont pas empêché la malade d'aller et venir immédiatement après, ce qui change le caractère de la maladie qui la laissait auparavant pendant 2 ou 3 heures dans un état d'abattement après chaque crise.Elle continue son traitement par les transferts et la couronne d'aimant.

Malades nouvelles du service.

(DEUX CAS DE GUÉRISON RAPIDE PAR LES MIROIRS ROTATIFS).

N° 4. Adrienne H., 49 ans, domestique, ancienne infirmière. *Paralysie des extrémités inférieures, tremblement de tout le corps.*

Aucun antécédent héréditaire.

Etant jeune, la malade était scrofuleuse. A 16 ans elle a reçu le choc d'un timon dans le côté droit, puis elle a fait une chute qui lu ont occasionné de vives douleurs dans le côté et dans les reins et dont elle s'est ressentie longtemps.

A 27 ans elle a eu la variole, en même temps beaucoup de maux de tête et de gorge.

Jusqu'à 31 ans, elle fut assez bien portante. A ce moment,à la suite d'une émotion très violente, elle eut la suppression de ses règles, qui provoqua un lupus de la face. Puis une bronchite et une pneumonie l'année dernière.

Entrée à l'hôpital, on lui fit prendre des douches froides ; *à la suite elle devint paralysée des deux jambes*, ce qui dura un mois. C'est dans cet état d'impotence complète qu'elle vint dans le service de M. Luys.

Elle ne pouvait faire aucun mouvement. On a été obligé de la porter pour la mettre en traitement dans le laboratoire.

On la mit en présence d'un miroir rotatif et au bout de 8 à 10 séances de fascination simple, *sans sommeil*, elle commença à récu-

pérer la faculté de marcher et finalement aujourd'hui, fin mai, elle a complètement récupéré ses facultés motrices.

C'est un cas très curieux, en ce sens que cette malade allait être proposée pour une maison d'incurables.

2e CAS.

N° 17. Jeanne G., 17 ans, lingère. *Chorée* (Guérison rapide).

Sa mère est morte d'une bronchite chronique, son père est bien portant.

Cette jeune fille n'a jamais été malade étant jeune. Elle a été réglée à 16 ans, régulièrement, pendant 4 mois, puis suppression depuis. Il y a six mois, à la suite d'une peur, elle commença par ressentir des tremblements nerveux qui la prenaient par secousses. Petit à petit elle eut des vomissements choréiformes qui allèrent toujours en augmentant ; il lui était impossible de rester en place. Elle ne pouvait manger seule.

Le 3 mai elle est entrée dans le service. A ce moment on avait tout le mal possible à la faire se tenir tranquille.

On fut obligé, dans plusieurs occasions, de lui mettre la camisole pour éviter qu'elle ne se fasse du mal. En cet état on la fit mettre devant un miroir rotatif. Dès les premières séances elle s'endormit. Au bout de 15 séances elle allait tout à fait bien et depuis sa guérison s'est maintenue.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens.

N° 25. Louis G., 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires.*

Ce malade continue toujours à aller de mieux en mieux. Les tremblements diminuent toujours et il marche plus facilement.

N° 26. Henri C. *Contracture des extrémités inférieures, d'origine traumatique.*

Ce malade est toujours dans le même état.

N° 2. Louis T., 26 ans. *Attaque d'épilepsie.*

Ce malade a encore eu plusieurs attaques dans le courant de ce mois, mais elles sont moins longues. Il va commencer par faire des transferts.

Malades nouveaux du service.

N° 24. Jules D., 40 ans. Peintre en bâtiment. *Paralysie saturnine du côté droit.*

Son père est mort tuberculeux.

Sa mère d'une affection de cœur.

A 21 ans, il a eu la fièvre typhoïde.

Il a eu plusieurs écoulements uréthraux pendant son service militaire. Depuis qu'il en est revenu et qu'il travaille de son métier de peintre en bâtiment il a eu quatre fois des coliques de plomb.

Il y a quatre mois il est tombé sans connaissance.

Il a ressenti de suite une faiblesse dans tout le côté droit. Il éprouva de la difficulté à parler et à marcher.

Il a perdu beaucoup de force.

Il donne au dynamomètre 35 kilos de pression à gauche et 12 kilos à droite.

On l'a soumis aux transferts qui commencent à l'améliorer un peu. Il va continuer son traitement.

N° 26. Henri B., 16 ans. *Attaque d'hystérie.*

Son père est nerveux et cardiaque.

Sa mère est bien portante.

Ce jeune homme n'a jamais été malade étant plus jeune.

Il y a quatre mois pour la première fois, en travaillant, il est tombé sans connaissance.

Il s'est débattu. Une autre fois il s'est mordu la langue. Dans deux autres crises il ne s'est pas mordu la langue.

La première et la seconde attaque durent une heure, les deux autres une demi-heure.

Il a déjà pris du bromure.

Il donne au dynanomètre 30 kilos de pression à droite et 25 kilos à gauche.

Il a eu une attaque le lendemain du jour où il est entré dans le service.

On va le soumettre aux transferts et à l'action du miroir.

Malades nouveaux.

M. G., 55 ans. *Ataxie et vertiges.*

Il y a 7 ans, pour la première fois, sans avoir jamais été malade, il ressentit de vives douleurs dans les reins, en même temps que des maux de tête. A ce moment il eut les fièvres intermittentes à Montpellier.

Peu à peu les douleurs devinrent très fortes, et il éprouva bientôt de la difficulté à marcher. Quand il se trouve sur une route, il se figure qu'une personne le fixe et à cette idée il est pris de tremblements.

Toute la volonté qu'il met à vaincre cette idée ne lui réussit pas.

Il a essayé de tous les traitements usuels et aucuns n'ont agi.

Depuis quelque temps qu'il vient dans le service, il est soumis à l'action des miroirs et du transfert.

Il commence à éprouver du soulagement. Il va continuer son traitement.

Cyrille V., 60 ans, correcteur d'imprimerie. *Neurasthénie.*

Il y a 6 ans, pour la première fois, sans avoir jamais été malade, il éprouva à la suite d'un travail quelconque, des douleurs dans le cerveau. Il lui est parfois impossible d'écrire, de lire, d'entendre causer.

Quand il marche un quart d'heure il est obligé de s'arrêter, car son cerveau se fatigue. Par moments il éprouve des douleurs en ceinture et dans les reins. A part cela il se porte très bien et ne souffre pas du tout.

Il va être soumis à l'action du miroir.

Edouard L., 59 ans. Graveur. *Douleurs sciatiques dans la jambe gauche et douleurs dans la tête avec vertiges.*

Jusqu'à l'âge de 39 ans, ce malade n'a jamais rien eu. A cette époque il eut un chancre induré qui dura quelque temps.

Peu après il ressentit de vives douleurs dans l'estomac et dans la tête, ainsi que des vertiges, qui le firent beaucoup souffrir. Depuis près de deux ans, il ressent des élancements nerveux dans tous les membres.

Dans la jambe gauche, principalement, les douleurs sont très fortes, les vertiges sont de plus en plus fréquents.

Il s'est soigné jusqu'alors sans résultat avec du bromure. Il vient depuis quelque temps dans le service et il va être soumis à un régime après avoir fait quelques transferts qui n'ont pas donné de résultat très net.

Consultation externe.

Sophie S., 59 ans. *Accidents cérébraux. Blépharospasme.*

Cette malade continue toujours à aller mieux. Elle est toujours plus maîtresse de ses paupières qui ne s'abaissent pas autant lorsqu'elle marche. Elle continue toujours son traitement par le transfert.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

LA TRÉPANATION

DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉVROSES

AU POINT DE VUE CLINIQUE

Par le Dr COLLINEAU.

—

En ces dernières années, on a rajeuni une pratique chirurgicale dont l'origine remonte aux âges les plus reculés.

Traditionnellement réservé, depuis près d'un siècle, depuis les travaux de Desault et de Malgaigne, notamment, au traitement des traumatismes, d'observation, d'ailleurs assez rare, l'emploi de la trépanation tend, de nos jours à se généraliser, à tenir compte, et des perfectionnements récents apportés aux procédés opératoires, et de la précision acquise par les notions en cours autant sur la topographie de l'encéphale que sur les localisations de ses fonctions, — à s'en référer, surtout, aux derniers résultats obtenus, on est tenté de regarder la thérapeutique de certaines affections psycho-cérébrales comme à la veille d'être dotées d'un moyen d'action à la fois nouveau et puissant.

En Angleterre, où la trépanation contre l'épilepsie compte d'assez nombreux partisans, les premières tentatives pourtant n'étaient pas encourageantes. Ainsi, sur un malade, atteint d'épilepsie de cause traumatique (coup de pied de cheval au vertex) et chez lequel la percussion permettait de

délimiter avec rigueur sur la ligne médiane de la voûte crânienne une zone douloureuse mesurant un pouce et demi de diamètre, Lees et Page, ayant cru devoir recourir à la trépanation, eurent à faire les décevantes constatations que voici :

Intégrité des membranes dénudées, ainsi que de l'écorce cérébrale sous-jacente ; réapparition, après quelques jours d'accalmie, des attaques avec aggravation progressive d'intensité dans les phénomènes convulsifs ; état de mal qui emporta le malade. A l'autopsie, outre une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie, présence d'un ostéophyte intra-crânien au niveau du sinus longitudinal et à gauche de la ligne médiane. Ceci se passait en avril 1889 (1).

Presqu'à la même date, en mai, entrait, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille (2), un homme âgé de 29 ans qui, à la suite de deux chocs violents à la tête, avait été pris de céphalalgie d'abord, puis bientôt d'attaques d'épilepsie Jacksonnienne : vertige, perte de connaissance, rigidité convulsive des membres supérieur et inférieur gauches, suivie de secousses brusques et brèves et de mouvements désordonnés des doigts. Comme troubles transitoires, comme troubles permanents : céphalalgie pongitive avec exacerbation le soir, affectant un siège toujours le même et nettement délimité, affaiblissement de la motilité du côté gauche, exagération des réflexes.

Après avoir déterminé le siège précis de la lésion cérébrale qu'ils jugeaient exister, Brulant et Baude pratiquèrent la trépanation. Mise à nu, la dure-mère présentait des amincissements, des éraillures, des ouvertures multiples donnant issue à de petites masses d'un rouge brun. Incisée, elle livra passage à une masse composée « d'un tissu mou, bourgeonnant, tomenteux, riche en vaisseaux, et présentant une coloration d'un brun foncé ». Ce fongus, qui intéressait la pie-mère et les couches superficielles de l'écorce cérébrale, fut, par voie de raclage, extirpé en totalité. En dépit des soins consécutifs, l'état du malade ne fit que s'aggraver, et

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, p. 314, 1889, Paris.

(2) Brulant et Baude, *Trépanation à propos d'un cas d'épilepsie Jacksonnienne*. Bulletin médical du Nord, numéros du 14 et du 28 février 1890. Lille.

au bout de sept jours de souffrances, il succombait dans le marasme.

L'autopsie montra que l'hémisphère gauche était complètement détruit dans toute l'étendue de la région bordant de chaque côté le sillon de Rolando.

D'autre part, et presque simultanément encore, en mars 1889, Bendandi et Boschi (1) publiaient un exemple de trépanation pratiquée sur un épileptique, et, cette fois, couronnée de succès.

Le cas, de prime abord, était pourtant bien loin de se présenter sous un jour favorable. Il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans, sujet à des attaques épileptiformes depuis sa dix-huitième année et qui, depuis un an, avait quotidiennement deux accès. En outre, à la longue, il était devenu hémiplégique ; les muscles du bras droit et ceux du même côté de la face restaient contracturés. L'origine du mal remontait à l'enfance ; c'était un traumatisme.

La trépanation fut pratiquée au niveau du centre moteur gauche. Une incision cruciale exploratrice de trois centimètres dans la masse cérébrale, en dénota l'état induré. Les suites de l'opération furent d'une absolue simplicité. Les attaques cessèrent, l'hémiplégie diminua et deux mois plus tard, le malade pouvait écrire et utilement se servir de la main droite.

Heureux ici, malheureux là, on ne tarda pas à voir se succéder des faits analogues. L'éloignement que causaient ceux-ci, paralysa l'enthousiasme qu'aurait pu exciter ceux-là. On ne les accueillit en général qu'avec défiance ; et la remarque d'Axenfeld et Huchard (*Traité des névroses*) était dans plus d'une bouche : « L'épilepsie est une névrose contre laquelle on a vu tout réussir et tout échouer. »

Malgré tout, il se trouva des cliniciens assez persévérants pour ne point désespérer. Au contraire, il en fut qui s'ingénièrent à préciser les conditions de la méthode curative, et qui, loin de se laisser abattre par leur demi-succès, trouvèrent dans ces résultats partiels, de quoi fortifier leur hardiesse.

(1) Bendandi et Boschi, *Société médico-chirurgicale de Bologne*, séance du 22 mars 1889.

Au congrès de médecine internationale de Berlin, en 1890, le professeur Horsley, de Londres, rapporte avoir, dans un cas d'athétose, excisé la région de l'écorce répondant au membre dans lequel les symptômes prédominaient. « Il se produisit seulement, dit-il, de l'amélioration, et si j'ai un regret, c'est de n'avoir pas agi plus largement. »

Cette année même, au congrès français de chirurgie, dans la séance du mardi matin 31 mars, par la voix de Boyge, son assistant, Horsley expose avec une rare précision de détails, la technique opératoire des procédés de trépanation appliqués à l'intervention dans l'épilepsie locale et dans les tumeurs.

Afin de justifier des tentatives non moins audacieuses le docteur Burckhart, de son côté, s'était, à Berlin, appuyé sur cette théorie des troubles psychiques : chaque fonction, selon lui, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre intellectuel, a son centre spécial. Les psychoses, par conséquent, ne tiennent pas à des lésions diffuses, mais à des lésions en foyers plus ou moins circonscrits, plus ou moins nombreux (1).

Il résulte de là, à ses yeux, une formelle indication : celle d'enlever les fragments de l'écorce qui peuvent être considérés comme les points de départ des troubles psychiques et de détruire les fibres d'association dont l'existence est la condition des manifestations pathologiques. Des six malades opérés par Burckhart — sujets à chacun desquels il avait été enlevé sur les régions cérébrales qui paraissaient en cause, des bandes d'écorce larges de trois centimètres sur cinq et six centimètres de longueur — de ces six malades (femmes) il en est trois qui, impulsives et dangereuses avant l'opération, sont devenues, ensuite, relativement tranquilles.

Sous l'égide de semblables doctrines, le champ d'application du procédé est d'une extensibilité, on en conviendra, fort aisée. Aussi les choses ne devaient-elles pas en rester là.

Au congrès de chirurgie de Paris (1890), le professeur Lannelongue, faisait part de ses idées sur la crâniotomie chez les microcéphales, les enfants arriérés et les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiques, des troubles

(1) Voir *Revue d'Hypnologie*, page 303, Excision de l'écorce cérébrale comme traitement chirurgical des psychoses.

divers d'origine cérébrale. — Tout en reconnaissant qu'en thèse générale, l'évolution crânienne est sous la dépendance de l'évolution encéphalique, la marche anormale, précipitée de la synostose et la soudure prématurée des sutures sont, en nombre de cas, susceptibles d'opposer au développement graduel et progressif ultérieur de la masse cérébrale, un obstacle infranchissable.

Or, si la microcéphalie, proprement dite, est, en une foule de circonstances, la conséquence du défaut d'activité évolutive dont sont frappés les centres nerveux, en certains autres, l'arrêt de développement est dû à l'obstruction mécanique. Qu'alors la microcéphalie s'accompagne, ou non, d'hydropisie ventriculaire, d'hyperostoses, de pachyméningites locales, ou d'autres lésions justiciables, à tout prendre, de l'intervention chirurgicale, le fond du tableau n'est pas changé. Il faut, en écartant l'obstacle, mettre terme à la compression afin de permettre à l'évolution physiologique de reprendre son cours interrompu. Telle est la pensée maîtresse de son argumentation.

A ce propos, les docteurs Girard (de Grenoble), Jeannel (de Toulouse), Duret (de Lille), Doyen (de Reims), Michaux, Reynier, Picqué, Th. Anger (de Paris), apportèrent en faveur de la trépanation, contre toute une série d'affections psycho-cérébrales, le tribut de leur expérience personnelle.

Pour Girard, c'est d'une épilepsie essentielle avec tendances lypémaniaques et impulsions au suicide remontant à quinze ans de date qu'il s'agit.

A l'âge de 29 ans, la malade se loge une balle de revolver dans la tête. L'arme a été dirigée contre la région temporale. La plaie est pénétrante. Le projectile en occupe le fond. Par son étroit orifice s'écoule le liquide céphalo-rachidien. La blessée est dans un coma profond.

Le jour même de la trépanation et de l'extraction de la balle, le coma cesse. Et puis, les propulsions au suicide s'évanouissent, les vertiges épileptiques se font de plus en plus rares, les fonctions cataméniales, jusqu'alors d'une irrégularité extrême, s'accomplissent avec une périodicité irréprochable et enfin cinq mois se passent sans qu'une seule grande attaque épileptique soit venue troubler le calme inaccoutumé. « Par quel mécanisme cette trépanation pra-

tiquée pour traumatisme a-t-elle pu guérir l'épilepsie? se demande Girard, et prudemment, il répond : « Il est bien difficile de le dire. » Il reste à savoir, en tout état de cause, si la guérison se maintiendra.

Un cas relaté par Jeannel montre jusqu'à quel point, en pareille matière, la réserve est de rigueur.

Trépané pour une épilepsie Jacksonnienne avec aphasie consécutive à une attaque d'apoplexie et due, selon toute apparence, à la présence d'un caillot organisé ; débarrassé, grâce à l'opération, d'une masse violacée, mollasse, se prolongeant dans la substance cérébrale et située sous la dure-mère au niveau du sillon de Rolando, le malade (homme de 32 ans) guérit bien du traumatisme chirurgical, mais n'en resta pas moins sujet à des crises épileptiformes se renouvelant tous les douze à quinze jours.

Violemment projeté hors de sa voiture, un homme vigoureux qui, les jours suivants, avait pu continuer ses occupations, est pris de céphalalgie, puis d'aphasie motrice complète. Encore que la lucidité de l'intelligence soit complète, et qu'il n'y ait à relever ni cécité ni surdité verbales, il est dans l'incapacité absolue de dire un mot. Ayant diagnostiqué un épanchement sanguin comprimant la troisième circonvolution frontale et les régions motrices voisines, Duret applique une couronne de trépan, et débarrasse son malade d'un caillot très adhérent, noirâtre, retracté. Non seulement les suites de l'opération furent d'une simplicité extrême ; mais au bout d'une dizaine de jours, l'aphasie avait disparu et le malade recouvré la parole de la façon la plus complète. Il mourut quelque temps après à la suite d'excès de boisson.

Ivrognerie, absinthisme, ivresse, apoplexie, hémiplégie faciale gauche et paralysie du membre thoracique, puis pelvien droit, convulsions épileptiformes d'abord limitées aux régions paralysées, puis généralisées, puis subintrantes. *Diagnostic* : Apoplexie méningée ; *Trépanation*. Issue de caillots noirâtres volumineux, amélioration rapide. Disparition en l'espace d'un mois de la plupart des désordres. Persistance d'une certaine difficulté de la parole et d'un peu de faiblesse du bras droit ; tel est, en termes sommaires, le fait à l'appui de l'intervention chirurgicale, rapporté par Michaux.

Doyen en cite un dans lequel l'opération a fourni un résultat aussi séduisant que remarquable. En substance, le voici ; il a trait à un jeune homme de seize ans. A partir de la septième année, affaiblissement des facultés intellectuelles, puis successivement épilepsie, hémiplégie du côté gauche, abolition de la vision du côté droit, fissure crânienne diffuse à la région temporale du même côté. *Diagnostic* : Tumeur probablement kystique. *Trépanation* : mise à nu d'un kyste intra-cérébral contenant plus d'un tiers de litre d'un liquide albumineux. En l'espace de deux mois, guérison complète. Persistance de la guérison depuis deux ans.

Celui qu'évoque à son tour Reynier a trait à un enfant de quatorze ans, atteint, depuis huit mois d'épilepsie Jacksonnienne et, depuis l'âge de cinq ans, sujet à des déterminations névropathiques bizarres ; picotements des muqueuses faciales, hyper-sécrétions lacrymale et pituitaire. Sur le diagnostic d'*épilepsie sensitivo-motrice* avec probabilité d'une lésion de la partie moyenne et inférieure des circonvolutions rolandiques, porté par Charcot, et après l'emploi sans effet de l'iodure et du bromure de potassium, on se décide à la trépanation. L'opération conduit à la découverte d'une tumeur grisâtre, d'apparence kystique, immédiatement appliquée contre les circonvolutions. C'était un gliome kystique. L'extirpation en fut laborieuse. Il fallut s'y reprendre à plusieurs fois. Bref, l'enfant guérit des suites de l'opération et la disparition des troubles épileptiformes en fut le résultat définitif.

Pour Picqué, de même que pour Girard, c'est d'une plaie pénétrante du crâne par arme à feu qu'il retourne. La complication, ici, consiste en un abcès intra-cérébral. Le sujet est une jeune fille de dix-neuf ans. L'arme, un revolver. Le coup a visé la région frontale, il s'en est suivi un état de comature qui n'a cédé qu'au bout de cinq jours, et le recouvrement absolu des facultés intellectuelles a coïncidé avec sa disparition. Seule subsiste, à droite, une opiniâtre hémicrânie. La trépanation pratiquée à la région frontale donne, sans qu'il soit possible de procéder à l'extraction de la balle, issue à un flot de pus. La guérison fut complète et peu après, sans obnubilation aucune de ses facultés intellectuelles, la malade reprenait son cours d'existence accoutumé.

Th. Anger relata le cas suivant : une fillette de huit ans avait commencé, à partir du dix-huitième mois de sa vie, à manifester des troubles de l'intelligence avec crises convulsives fréquentes qui en firent une *arriérée* dans toute l'acception du mot. « Cédant aux instances de la famille, dit Anger, j'appliquai une couronne de trépan au niveau de la suture lambdoïde. *Le cerveau paraissait à l'étroit dans la boîte osseuse.* J'agrandis l'ouverture, puis suturai la peau. Les suites de l'opération furent d'une simplicité extrême.

Les facultés intellectuelles se sont peu à peu développées d'une facon remarquable. La pensée est devenue plus libre, plus distraite. Actuellement, on espère faire de cette idiote une enfant ordinaire. A l'école on a constaté ses progrès. »

Telles sont les particularités. L'étude de la question, assurément, est encore fort incomplète. Le mieux pour parvenir à éliminer les nombreuses inconnues qui l'obscurcissent est de l'aborder objectivement, faits en mains. Ceux qui viennent d'être rappelés méritent considération. Rien ne serait plus facile que d'en grouper autour beaucoup d'autres.

Dans un travail publié en 1889, sous le titre de : *La trépanation dans l'épilepsie*, Dumas (1) rassemble une série de vingt-trois observations qui se peuvent décomposer comme suit :

1° Traumatisme ancien ou récent. — Epilepsie..	10 cas.
Trépanation. — Guérison....................	8 —
— — Persistance des accidents.....	2 —
2° Traumatisme récent. — Vertiges, céphalalgie..	2 —
Trépanation. — Amélioration...............	2 —
3° Epilepsie essentielle........................	1 —
Ablation partielle de substance cérébrale. — Amélioration..........................	1 —
4° Epilepsie essentielle........................	4 —
Trépanation. — Amélioration................	2 —
— — Persistance des accidents....	2 —
5° Epilepsie Jacksonnienne..................	1 —
Trépanation. — Amélioration...............	1 —

(1) Dumas, *De la Trépanation dans l'épilepsie*, Th. n° 323, 1889, Paris.

6° Epilepsie datant de l'enfance	1	cas.
Trépanation. — Persistance des accidents	1	—
7° Tumeur cérébrale	1	—
Trépanation. — Guérison	1	—
8° Hyperostose	1	—
Ablation. — Amélioration	1	—
9° Hémorrhagie cérébrale. — Accès épileptiformes	1	—
Trépanation. — Guérison	1	—
10° Vertiges, céphalalgie, bruissements	1	—
Trépanation. — Amélioration	1	—

« Il a été publié depuis quelque temps, ajoute Dumas (p. 78), de nombreuses observations de trépanation dans l'épilepsie symptomatique. Nous ne pouvons les rapporter toutes et nous nous contenterons de les signaler.

« Briggs a pratiqué trente fois cette opération. Le résultat a été de vingt-six guérisons, trois améliorations, une mort.

« Horsley a, de son côté, trépané de nombreux malades ; mais les observations n'ont pas encore été publiées *in extenso*.

« Algeri a eu un beau succès chez un jeune homme atteint de crises épileptiformes, conséquence d'un traumatisme : l'opération, faite une année après l'accident, permit de relever un fragment osseux enfoncé dans le cerveau et fit complètement cesser ses attaques. »

Les deux premiers chapitres de son mémoire sont consacrés, l'un à un exposé succinct, mais précis, des connaissances acquises à la science sur les localisations cérébrales, l'autre à une étude minutieuse du manuel opératoire. Loin d'être un hors-d'œuvre, les considérations de cette nature sont pourvues, au contraire, d'un puissant intérêt. Là, peut-être, et non ailleurs, est le nœud de la question. La lecture attentive des observations cliniques qui précèdent ne suggère-t-elle pas, en effet, cette réflexion, c'est qu'en pareille occurence, la précision du diagnostic et la sûreté d'exécution dominent tout ? Et ne serait-ce point cette pensée qui a incité Paul Poirier (1) à la rédaction d'un mémoire de publication toute récente et dans lequel une très large place

(1) Paul Poirier, *Topographie cranio-encéphalique.*— Trépanation, 1891 Paris.

est réservée à l'étude de la topographie crânio-encéphalique d'une part et de l'autre à l'exposé critique des procédés opératoires de trépanation dans les circonstances déterminées où l'intervention chirurgicale devient une indication formelle ?

Enhardi par l'innocuité plus réelle qu'apparente de l'opération, surtout lorsqu'on observe les règles qu'imposent les perfectionnements apportés de nos jours dans le manuel opératoire et que l'on sait faire appel à l'antisepsie, comme élément prépondérant de succès, il se demande si le moment n'est pas venu de reprendre les tentatives de cure radicale de certaines formes d'hydrocéphalie. « La ponction du cerveau, dit à cet égard Poirier (1), compte cependant quelques succès, si l'on réfléchit que l'opération était autrefois mal réglée, qu'elle était faite un peu à l'aveugle, en perçant presqu'au hasard par une fontanelle ou par une suture ; que le chirurgien craignant à bon droit de déterminer une inflammation (ce qu'il n'évitait pas toujours) ne pouvait assurer un drainage régulier, mais était obligé de procéder par ponctions successives, et que dans des conditions aussi défectueuses, des succès certains ont été enregistrés, n'est-on pas en droit d'espérer que le nombre des succès augmentera lorsque, par une opération bien réglée, dépourvue par l'antisepsie de tout danger, le chirurgien pourra assurer l'écoulement graduel, méthodique du liquide répandu à la surface du cerveau ou dans l'intérieur de l'organe ?

« La tentative, conclut-il, me paraît innocente et autorisée par la gravité même de l'affection qu'elle cherche à combattre. »

Voilà l'état de la science sur le sujet.

En présence des constatations irréfutables et des recherches approfondies qui sont, à l'heure actuelle, fait accompli, il paraît hors de conteste que, parmi les questions à l'ordre du jour en psychiatrie, la trépanation, en tant qu'agent curatif d'une série d'affections psycho-cérébrales, nettement déterminée, est digne de prendre rang.

(*A suivre.*)

(1) P. Poirier, *loco citato*, p. 61.

PARALYSIE GÉNÉRALE

ET TUBERCULOSE PULMONAIRE,

Par le Dr M. Klippel,

Chef de Laboratoire de la Faculté de médecine.

Les auteurs qui se sont occupés de la paralysie générale n'ont pas tenu compte de la phthisie. La tuberculose pulmonaire ne figure guère dans l'étiologie de la maladie. On s'accorde à reconnaître que cette affection est rare chez les paralytiques généraux, mettant en regard de ce qui est ici l'exception, la fréquence très grande de la même maladie au cours de la mélancolie.

Dans celle-ci, comme d'ailleurs dans la paralysie générale, les lésions des poumons sont regardées comme secondaires, appelées par la dénutrition d'un organisme qui devient prédisposé à une complication qui est volontiers engendrée par toutes les déchéances organiques.

La statistique faite par Bergonier démontre la tuberculose des poumons 36 fois sur cent dans la mélancolie et deux fois sur cent dans la paralysie générale. Il résulte de là que les paralytiques généraux semblent peu prédisposés à la tuberculose, étant donnée la fréquence de cette maladie.

De notre côté, nous avons eu l'occasion d'observer la tuberculose chez des paralytiques généraux et nous nous proposons ici, en réunissant nos observations, d'essayer de dégager l'enseignement qu'elles peuvent comporter touchant les rapports des deux affections, les liens qui les unissent, la manière dont elles s'influencent réciproquement dans leur marche clinique, de discuter la priorité dans l'une ou l'autre et de voir si dans des cas, déjà restreints à priori, la tuberculose chronique ne pourrait pas jouer ici un rôle étiologique.

Enoncer purement et simplement le résultat de notre statistique ne démontrerait rien : il faut analyser les faits.

Nous avons vu que la statistique précédente démontrait la rareté de la tuberculose pulmonaire dans la paralysie

générale et secondement qu'elle se développait souvent au cours de la mélancolie.

Nous ferons remarquer que, s'il s'agit d'une lésion secondaire, la tuberculose ne peut guère compter au point de vue étiologique. Mais il n'en est rien : il semble, au contraire, que dans des cas où l'on observe la double coïncidence la phtisie ne soit pas secondaire dans la paralysie générale, justement par ce fait que les malades y sont fort peu prédisposés ;

D'où, dans les cas si restreints qu'ils soient, où l'on trouve la lésion thoracique, son rôle étiologique n'en apparaît que plus net.

On s'explique très facilement pourquoi un paralytique ne devient pas tuberculeux au cours de son affection cérébrale, celle-ci dans la majorité des cas ayant une évolution trop rapide, tuant souvent en un ou deux ans. Dans ces conditions les malades échappent à une complication qui frappe d'une façon si fréquente d'autres malades atteints de myélopathies chroniques de longue durée ou de maladies mentales, comme la mélancolie, dont l'évolution est si lente.

Revenant encore à la statistique précédente, nous ferons remarquer que l'un des points les plus saillants de nos observations est la latence de la tuberculose pulmonaire des paralytiques généraux, à tel point que l'attention n'étant pas attirée du côté des poumons, ce n'est que par hasard ou averti par certaines lignes qu'on en formule le diagnostic.

D'où la nécessité d'examens cliniques systématiques ou de statistiques fondées par des autopsies.

La forme de tuberculose qui nous a paru propre à favoriser la paralysie générale est en effet une forme clinique et anatomique à caractères un peu spéciaux, à évolution sourde et latente. Ce n'est point la forme commune. Et chacun sait que les hôpitaux sont remplis de tuberculeux qui meurent sans avoir jamais présenté le moindre signe de paralysie générale.

D'ailleurs, les phtisiques, même dans la forme chronique, meurent rapidement. Si la syphilis, cause prédisposante certaine et peut-être efficiente tuait en deux ou trois ans, elle ne compterait à son actif aucun paralytique général. Il

semble en effet que, pour cette maladie, comme pour la tuberculose, ce ne soit qu'à la longue et plutôt par les traces qu'elle laisse dans l'organisme que par ses phénomènes nettement spécifiques, qu'elle puisse favoriser l'éclosion de la paralysie générale.

Sur cinquante et une autopsies faites à l'hôpital Sainte-Anne, nous avons trouvés 31 paralytiques généraux. Sur ces 31 malades, 5 présentaient de la tuberculose pulmonaire.

Le premier de nos malades, le nommé F. V., 41 ans, entré à la Clinique en 1888, mort en juillet 1889. Symptômes classiques de paralysie générale. A l'autopsie des adhérences de méninges entraînant la substance cérébrale sur de larges espaces. Nous détachons de son observation le passage suivant relatant l'état du poumon à l'autopsie.

La plèvre gauche est épaissie dans sa totalité et présente des fausses membranes très anciennes d'aspect et de consistance fibreuse. Tout le lobe supérieur est transformé en tissu caverneux. Il y a des cavernes multiples communiquant les unes avec les autres entourées de tissu ardoisé de pneumonie chronique. Leurs parois présentent des brides déchiquetées, épaisses et fibreuses. Il y a autour des tubercules disséminés, gris ou caséeux. Il s'agit évidemment de lésions chroniques et anciennes. Le tissu des parois et de la surface des cavernes implique, en effet, des lésions en évolution depuis assez longtemps.

Le poumon droit présente une petite caverne à son sommet. Au-dessus il y a un bloc caséeux ancien, entouré d'un tissu dur formant une coque de 5 à 10 millimètres. Dans le reste, des tubercules disséminés gris ou jaunes.

Le second malade, nommé Laver....., garçon laitier, 45 ans, entré le 1er décembre 1888, mort le 11 juillet 1889, était un paralytique général reconnu cliniquement et présentant à l'autopsie des adhérences et des érosions caractéristiques.

Le sommet droit du poumon présentait de la pneumonie ardoisée avec des tubercules très anciens dont quelques-uns étaient jaunes et caséeux. Aucun ramollissement. Même pneumonie chronique au sommet gauche, mais sans tubercules à l'œil nu.

Le microscope démontre qu'il s'agit de tubercules bacillaires, avec processus de pneumonie chronique d'ancienne date. Broncho-pneumonie récente. On trouve au niveau du cou des cicatrices de ganglions suppurés.

Notre troisième cas était un homme de 34 ans, mouleur, le nommé Lecl....., entré le 14 janvier 1890 et mort le 28 janvier de la même année.

Erosions multiples à la surface du cerveau.

Le poumon, du côté gauche, présente une grande et ancienne caverne au voisinage de laquelle il y a une grosse masse d'infiltration caséeuse ; tubercules caséeux disséminés à la base. Emphysème du poumon du côté opposé.

Notre quatrième cas concerne une femme de 44 ans, G. D., présentant des signes cliniques et les lésions classiques ; à l'autopsie, de la paralysie générale.

Dans les poumons on trouvait une transformation caséeuse de tout le lobe supérieur gauche. L'autre côté était sain.

La lésion a évolué silencieusement sans fièvre et lentement.

Le cinquième malade, nommé Veg...., 27 ans, bijoutier, entré le 7 décembre, mort le 22 juillet 1890.

On rencontre à l'autopsie des érosions confluentes après ablation des méninges.

Dans l'un des poumons existe une caverne du volume d'une grosse noix, entourée de tissus fibro-caséeux et des adhérences pleurales. De l'autre côté des tubercules de généralisation de date plus récente.

Si maintenant nous tentons de tirer quelques notions générales en rapprochant ces cinq cas, nous verrons les particularités suivantes :

Il semble que la tuberculose date le plus souvent du début même de la maladie ou qu'elle lui soit antérieure, comme tout porte à le supposer pour au moins deux de nos observations ; il semble qu'il ne s'agisse pas d'une lésion secondaire appelée par un état cachectique créé par la paralysie générale, mais bien de maladies évoluant en même temps. Si l'on retrouve très souvent des masses de caséification et de tubercules caséeux disséminés qui paraissent plus ou moins récents, on trouve à côté de la tuberculose essentielle-

ment chronique, fibreuse, quelquefois des cavernes en voie de cicatrisation.

Les tuberculoses avec association de paralysies générales semblent trouver un terrain assez résistant comme l'attestent les édifications de tissu fibro-ardoisé qui entourent et limitent les cavernes et les masses tuberculeuses et prenant la plus grande part dans le processus morbide. La caséification en masse se rencontre aussi probablement comme lésion consécutive et plus tardive.

Il est extrêmement remarquable qu'au point de vue clinique ces tuberculoses ont une marche sourde et lente. On ne voit ni toux, ni expectoration, ni fièvre, ni hémoptysie. Les symptômes de la paralysie générale absorbent tout le tableau clinique.

Mais si la lésion pulmonaire évolue sans donner lieu à des signes fonctionnels du côté du poumon, on peut la soupçonner par l'état général et l'aspect des malades.

Ils ont surajouté à l'aspect paralytique celui de tuberculeux. Les deux cachexies se mêlent pour amener une mort rapide, mais elles ne se confondent pas.

L'on peut faire le départ de ce qui appartient à la tuberculose si l'attention est attirée de ce côté. La cachexie, marquée surtout par l'amaigrissement, est extrême. Le facies est celui d'un tuberculeux à la période cavitaire.

Il peut y voir un peu de cyanose et des extrémités froides. Les doigts sont en massue, les ongles bleuâtres et recourbés. Cet ensemble rappelle la phthisie.

Au point de vue étiologique on peut dire que la paralysie générale, qui se complique presque invariablement sous forme d'infection secondaire à streptocoques ou à pneumocoques, ne favorise nullement le développement du bacille de Koch.

Mais on peut affirmer qu'il y a des malades chez lesquels les deux maladies évoluent à peu près simultanément et où la tuberculose, quelquefois nettement antérieure, peut et doit jouer un rôle étiologique.

Ce rôle est bien expliqué par un certain nombre de symptômes cliniques du côté du cerveau qui se développent si souvent à la fin des tuberculoses et par des lésions anatomi-

ques rencontrées dans leur cerveau et dans leurs nerfs périphériques, faits que nous avons développés ailleurs.

La pathogénie doit ici se concentrer, croyons-nous, sur l'analogie des lésions des tubes nerveux périphériques et des tubes nerveux de la substance corticale dont la lésion répond si souvent à la paralysie générale.

Dans la grande majorité des cas on ne rencontre pas de tubercules dans les méninges enflammées du cerveau et la méningo-encéphalite, tout en étant tuberculeuse par ses origines, ne l'est pas au point de vue des lésions spécifiques.

Il est une autre catégorie de cas dans lesquels on a décrit des méningites tuberculeuses évoluant chroniquement et simulant jusqu'à un certain point la maladie qui nous occupe. On peut leur réserver le nom de pseudo-paralysies générales tuberculeuses.



QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES AFFÉRENTES A L'HYPNOTISME

Par M. le Docteur LUYS (1)

—

Messieurs,

L'individu hypnotisé devient immédiatement le jouet passif de celui qui l'hypnotise. C'est dire tout l'intérêt pratique qui s'attache à la question au point de vue de la médecine légale ; car, si une personne, en état d'hypnotisme, est exposée à être victime de toutes sortes d'attentats, elle peut, à son tour, devenue un instrument dans les mains d'un malfaiteur, lui servir d'agent pour commettre des crimes ou des délits, dont l'auteur véritable aurait la chance de rester inconnu.

Je me propose de passer en revue dans cette leçon :

A. Les différentes phases de l'hypnotisme, envisagées au point de vue des problèmes juridiques auxquels chacune d'elles peut donner lieu.

B. De préciser le rôle du médecin-expert qui peut être désormais appelé fréquemment à intervenir dans cette matière délicate.

A. PHASES DE L'HYPNOTISME AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. — Prenons tout d'abord la léthargie.

A cette période, le sujet est exclusivement passif. Ses membres flasques sont en résolution. Plongé dans un sommeil profond dont on ne peut le tirer, par les moyens ordinaires, il est livré sans défense à toutes les tentatives, à tous les outrages. J'ai l'occasion de vous montrer une malade du service victime d'une pareille situation.

Cette malheureuse fille est enceinte et elle ne sait pas qui est l'auteur de sa grossesse. Laissez-moi vous dire que je connais assez cette femme, depuis plusieurs années que je la soigne, pour pouvoir me porter garant de sa sincérité.

Elle a eu un jour la permission de sortir de l'hôpital. Elle s'est rendue chez une de ses amies qui connaît son aptitude spéciale à la somniation et qui probablement a dû l'endormir.

(1) Leçon faite à la Charité et recueillie par M. le Docteur de Grandchamps, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un homme, inconnu d'elle, se trouvait là chez cette amie. Que s'est-il passé alors ? — Elle n'en sait absolument rien ; il a évidemment abusé d'elle. Il la mit probablement en état d'ivresse. Mais quelle ne fut pas sa surprise de se réveiller, à dix heures du soir, dans un fossé des fortifications, et de constater, quelques semaines plus tard, qu'elle était enceinte (1) !

Ces tristes incidents ne sont pas rares ; j'en connais personnellement plusieurs que je pourrais vous citer. Les annales des tribunaux en contiennent vraisemblablement plus d'un.

Je vous citerai, à titre d'exemple, l'histoire de ce mendiant, du nom de Castellan, rapportée par M. Prosper Despine. Infirme, repoussant, simulant la surdi-mutité, il impressionna vivement la jeune Joséphine H..., dont le père lui donnait l'hospitalité. Dans un moment où il la trouva seule, il parvint à exercer sur elle une telle fascination qu'elle tomba en léthargie et qu'il en profita pour lui faire subir les derniers outrages. Revenue à elle, elle continua à être sous l'empire de la volonté de Castellan, qui l'entraîna avec lui et, pendant plusieurs jours, abusa de son pouvoir d'hypnotisation pour renouveler ses attentats. Elle le suivait dans la campagne, les yeux hagards, excitant par son air égaré la pitié des paysans. Dans le procès qui s'ensuivit, la jeune fille fit cette déposition devant la Cour : « Il exerçait sur moi, dit-elle, une telle puissance, à l'aide de ses gestes et de ses passes, que je suis tombée comme morte. Il a pu alors faire de moi ce qu'il a voulu. Je comprenais ce dont j'étais victime ; mais je ne pouvais ni parler ni agir, et j'endurais le plus cruel des supplices. » Le misérable fut condamné aux travaux forcés par la Cour d'assises du Var.

Là ne se bornent pas, assurément, les attentats dont le sujet léthargique peut être la victime. Il est évidemment facile de lui faire subir toutes sortes de violences, de lui administrer des poisons, de lui faire respirer des gaz délétères, etc.

Bien plus, certaines substances, enfermées dans des tubes et mises en contact médiat avec lui, peuvent produire dans son organisme, comme vous l'allez voir, des perturbations telles que les plus graves accidents, la mort même, pourraient en résulter si les choses étaient poussées trop loin.

Voici Esther. C'est une personne assurément bien éveillée en ce moment, bien vivante et gaie. Je vais commencer par lui

(1) Chose remarquable : pendant tout le temps de sa grossesse, chaque fois que je l'hypnotisais et que je lui parlais de sa situation, elle ignorait complètement qu'elle fût en état de gestation, tant est grande la séparation de l'état de veille de l'état du sommeil hypnotique.

donner une suggestion à l'état de veille, pour vous montrer combien les sujets sont susceptibles d'être entraînés : — « Ecoute-moi, mon enfant, nous allons compter ensemble tout haut jusqu'à huit, et quand nous serons arrivés à cinq, tu t'endormiras... » Vous le voyez, l'ordre a été exécuté ponctuellement. A peine ai-je eu prononcé le mot cinq, que sa tête s'est renversée en arrière, ses yeux se sont fermés, sa personne est en résolution complète ; elle dort. Et, remarquez que ce sommeil n'a rien qui ressemble au sommeil naturel. C'est bien la léthargie, comme le démontre l'hyperexcitabilité réflexe des muscles fléchisseurs du poignet, que le moindre frôlement suffit à contracturer.

Je place, maintenant, le long de son cou, maintenu seulement par la collerette, un tube en verre, bouché et cacheté, contenant 15 grammes de cognac. Attendez quelques secondes et observez ce qui va se passer.

D'abord quelques grimaces ; des mouvements de la langue et des lèvres, comme lorsqu'on déguste un liquide. Elle prononce des mots entrecoupés : — « J'ai soif... je veux boire... donne-moi à boire. » — La parole est celle d'une personne ivre. La bouche semble pâteuse, la langue épaisse : — « Je me grise sans boire... » dit-elle. — Elle essaie de se lever du fauteuil et retombe lourdement.

Le tube étant enlevé, vous la voyez repasser par les mêmes processus déroulés en sens inverse. Elle finit par retomber en léthargie ; — au delà même, en un état que je qualifie d'hypo-léthargique, car les poignets ne réagissent plus et il faut, pour retrouver l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, attendre que le profond ébranlement, produit par la substance que je viens d'employer, se soit dissipé et que le sujet ait en quelque sorte expurgé jusqu'à la dernière trace de l'incitation alcoolique.

Maintenant que cette action est terminée, je remplace le tube de tout à l'heure par un autre. — Voyez cette contracture générale, ce regard donnant avec une intensité si remarquable l'expression de la terreur. — Constatez cette contraction spasmodique des masséters. N'est-ce pas là l'image même d'une hydrophobie expérimentale ? —Le tube renferme 10 grammes d'eau distillée ! — Je n'insiste pas, et je me contente pour le moment d'appeler votre attention sur ce fait que la réaction qui vient de se produire est entièrement différente de celle de tout à l'heure (1).

Attendons encore que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ait reparu. Ceci, je le répète, est de la plus grande importance

(1) Voir les planches XII, XV, XVI de mon ouvrage sur les émotions dans l'état d'hypnotisme. J. B. Baillère, Paris, 1890.

pour éviter que les actions successives des substances employées soient influencées ou même totalement modifiées l'une par l'autre.

Voici maintenant un troisième tube, qui contient 2 centigrammes de sulfate de spartéine en solution dans 5 grammes d'eau. — Est-il en contact depuis quelques secondes avec les téguments du cou, voyez ce qui survient : — vive rougeur de la face, regard terrifié, respiration anxieuse, cornage, gonflement des veines du cou. Je vous le demande, est-il possible de simuler à volonté de pareils troubles de la vie organique ?

Et qui nous dit, au point de vue médico-légal, que cette asphyxie menaçante, provoquée par des mains criminelles, ne deviendrait pas complète ? que cette congestion intense n'irait pas jusqu'à produire des ruptures vasculaires, une hémoptysie, la rupture d'un anévrisme, un arrêt du cœur ?

A la suite de l'application d'un tube contenant simplement un peu de poudre de charbon, nous nous sommes trouvé, l'autre jour, en présence d'accidents asphyxiques avec tendance syncopale, qui n'ont pas été sans nous donner de très vives inquiétudes.

L'intérêt de la science veut que ces expériences soient continuées ; je ne les pratique jamais, pour mon compte, qu'avec la plus grande circonspection, en m'attachant à ne produire que des effets fugitifs et sans danger pour le sujet. — Mais supposez un assassinat commis dans ces conditions, comment reconnaître la cause de la mort ? Comment retrouver le coupable ?

L'état cataleptique ne présentant rien de particulier au point de vue spécial qui nous occupe en ce moment, je passe tout de suite au somnambulisme.

Vous voyez cet homme d'une trentaine d'années, le nommé D..., licencié en droit, actuellement dans nos salles ; ses yeux sont ouverts. Il parle, il marche, il agit ; il a toutes les apparences de la conscience et de la raison. — Et, cependant, il dort. Il ne sait ni ce qu'il dit, ni ce qu'il fait. Personne ne pourrait affirmer qu'en ce moment même il n'obéit pas à une volonté étrangère, sous l'influence de laquelle il pourrait, tout à l'heure, commettre un crime qu'il accomplira avec la même précision et la même irresponsabilité que le ressort d'un réveille-matin, qui se déclenche à l'heure voulue.

Ces somnambules, dont l'aspect extérieur ne présente aucune différence avec l'état de veille, vous pouvez les obliger non seulement à vous faire un don manuel, mais à signer une promesse, une lettre de change, un engagement quelconque. — Vous pouvez leur faire écrire un testament olographe, parfaitement valable, qu'ils vont vous remettre et dont il ne sauront jamais l'existence.

Les formalités légales les plus minutieuses, ils sont prêts d'ailleurs à les accomplir avec un calme, une sérénité, un naturel qui tromperaient le plus exercé des officiers ministériels. — Comment voulez-vous que témoins ou notaires y voient quelque chose, alors que le médecin lui-même a besoin souvent de toute son expérience, de toute sa compétence spéciale pour s'y reconnaître ! — Ces somnambules ne reculeront pas davantage, soyez-en sûrs, devant une dénonciation, un faux témoignage. Ils sont l'instrument passif de toutes vos volontés. Esther va écrire et signer devant vous : « Bon pour mille francs. » Son écriture est la même qu'à l'état de veille, à peine un peu plus ferme et moins hésitante sans doute que si je la faisais écrire devant vous étant éveillée.

Je ne parle pas des attentats de toutes sortes qui pourraient encore être commis sur sa personne. Ainsi, je lui donne devant vous des morceaux de papier, en lui disant que ce sont des pastilles de menthe. Elle les avale avec satisfaction. — Il ne serait pas difficile de lui présenter de même le plus violent poison, qu'elle avalerait avec la même facilité.

Un fait des plus importants, au point de vue de la médecine légale c'est la rapidité vraiment extraordinaire avec laquelle on peut mettre un sujet en état de recevoir et d'exécuter une suggestion.

Voici, à ce propos, le jeune homme dont je vous parlais tout à l'heure. Il est extrêmement sensible aux actions hypnotiques. Vous le voyez en ce moment alerte, bien éveillé, absolument semblable, et il l'est, en effet, à n'importe qui d'entre nous. Je lui donne un simple coup d'œil, presque imperceptible, et le voilà plongé dans un état d'absolue inconscience, sans que rien, dans son aspect extérieur, indique le changement profond qui vient de s'opérer en lui. — Je me trompe : il s'est produit une légère modification du timbre de sa voix. Mais ceci n'arrive pas chez tous les sujets et encore, pour s'en apercevoir, faut-il connaître leur voix normale.

Tel que vous le voyez maintenant, il ignore ce qui se passe autour de lui et il obéira, aveuglément, avec la passivité d'une machine, à tout ce qu'il me plaira de lui ordonner. Il tuera, il mettra le feu, sans réflexion, sans révolte. — Supposez, si vous voulez, que je l'aie rencontré dans l'antichambre du juge d'instruction. En moins d'une minute j'aurais pu lui dicter, sans qu'il s'en doutât, une déposition diamétralement opposée à celle que peut-être il avait l'intention de faire.

Le somnambulisme spontané, probablement moins rare que ne le disent les auteurs classiques, est encore assez mal connu.

L'étude approfondie du somnambulisme expérimental amènera certainement, dans un temps donné, les médecins à se rendre bien compte de cette manifestation de l'activité cérébrale si intéressante à tous les points de vue ; car, elle se révèle non seulement chez des individus sains d'ailleurs, mais encore dans le domaine de la pathologie mentale, et en particulier dans la paralysie générale, dont elle constitue pour moi un des signes les plus intéressants du début.

Quelques cas de somnambulisme spontané sont relatés dans divers auteurs.

On connaît l'histoire du religieux, rapportée par Fodéré, et citée par Legrand du Saulle, qui entra une nuit dans la cellule de son supérieur, les yeux ouverts, vêtu seulement de la tunique avec laquelle il avait dû se coucher et tenant un grand couteau à la main. Il alla droit au lit, eut l'air de vérifier avec la main si le prieur s'y trouvait effectivement ; puis, il frappa trois grands coups tellement forts, qu'après avoir percé les couvertures, la lame entra profondément dans le matelas, ou plutôt dans la natte qui en tenait lieu.

Le prieur fut impressionné, comme bien on pense, par cette scène pendant laquelle il se trouvait heureusement assis à sa table de travail. Il remarqua néanmoins que le somnambule, dont le visage était contracté et les sourcils froncés lors de son entrée, présentait à sa sortie un air de détente et de satisfaction. Il le fit appeler le lendemain matin et l'interrogea. Le moine lui ayant raconté qu'il l'avait poignardé, en rêve, croyant venger la mort de sa mère, le prieur lui pardonna, puisqu'il ne s'agissait que d'un rêve, mais prit toutefois la précaution de faire fermer dorénavant en dehors la porte de sa cellule.

M. le docteur Mottet a lu, il y a quelques années, à la Société médico-psychologique, le compte rendu d'une très intéressante affaire :

« Le nommé D..., arrêté à huit heures et demie du soir par des agents du service des mœurs qui déclaraient l'avoir vu rester plus d'une demi-heure dans un urinoir public et y commettre des actes contraires à la morale, fut jugé, condamné à trois mois de prison pour outrage public à la pudeur et écroué à la Santé. Chose bizarre, il paraissait comme hébété et ne se souvenait pas d'avoir été condamné. Ce ne fut que quelques jours après son incarcération qu'il revint à lui et put prévenir son patron de ce qui lui était arrivé.

» D... avait été soigné quelques années auparavant à l'hôpital

Saint-Antoine par M. le docteur Mesnet qui avait reconnu chez lui une prédisposition nerveuse des plus marquées et l'avait mis plusieurs fois en état de somnambulisme.

» D..., ayant interjeté appel, fut soumis à l'expertise médico-légale de M. le docteur Mottet qui, connaissant ses antécédents, n'hésita pas, avec l'autorisation du président, à l'endormir dans la chambre du Conseil, en présence des magistrats, afin de leur permettre d'apprécier directement les choses.

» M. le docteur Mesnet, appelé par son confrère, répéta ensuite devant eux des expériences qui furent jugées tellement concluantes que la Cour, infirmant le jugement frappé d'appel, proclama la complète innocence de D... à l'égard des faits honteux qui lui étaient reprochés, contre lesquels protestait, heureusement d'ailleurs, sa bonne réputation (1). »

Autre fait non moins intéressant :

« M. le docteur Girault (d'Onzain) avait à son service une jeune domestique chez laquelle il provoquait souvent le sommeil magnétique. A quelque temps de là, M. le docteur Dufay, médecin de la prison de Blois, en faisant sa visite, reconnaît cette jeune fille qui lui apprend, au milieu des larmes et des sanglots, qu'ayant quitté la maison de M. Girault, elle est entrée au service d'une dame de Blois qui vient de la faire arrêter pour vol.

« Comme j'avais vu, dit M. le docteur Dufay, mon confrère Girault, provoquer chez elle le sommeil, je l'imitai et il me suffit de lui mettre ma main sur le front pour provoquer le somnambulisme. Alors je l'interrogeai et elle nous raconta qu'elle n'avait jamais eu la pensée de voler sa maîtresse, mais qu'une nuit il lui était venu à l'idée que certains objets de valeur appartenant à cette dame seraient plus en sûreté dans un autre meuble que dans celui où elle les avait placés. Elle les avait alors changés de place, se réservant d'en informer sa maîtresse.

» Mais comme le souvenir ne persistait pas après le réveil, et comme, d'autre part, enfermée chez elle pendant la nuit, la dame ne voyait jamais sa bonne en état de somnambulisme, elle crut à un vol et porta plainte contre sa domestique.

» J'allai aussitôt raconter ces faits au juge d'instruction ; celui-ci m'écouta avec bienveillance, mais non sans un sourire d'incrédulité.

» Cependant, il voulut bien, le lendemain, m'accompagner à la prison ; la prisonnière, endormie de nouveau, répéta tout ce qu'elle m'avait dit la veille. Le magistrat écoutait avec attention,

(1) On trouvera la relation médico-légale complète de cette curieuse observation dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1881, p. 243.

prenait des notes très détaillées, se faisant décrire la maison, la chambre, le meuble, le tiroir.

» Aussi, lorsque, sorti de la prison, il se transporta chez la dame volée, il alla droit à la cachette et en retira les objets disparus, au grand ébahissement de la propriétaire. L'innocence de la prévenue était assez clairement démontrée, et sa maîtresse alla elle-même la chercher à la prison en lui faisant des excuses. »

Vous voyez que la question du somnambulisme spontané est de celles qui peuvent être soumises aux tribunaux. Nous avons donc le devoir de l'étudier soigneusement pour pouvoir venir en aide aux magistrats le jour où ils feront appel à notre concours.

B. Rôle du médecin-expert. — Je ne saurais trop vous dire combien est délicat, en toute cette matière, le rôle du médecin-expert. Il ne lui suffit pas, en effet, de constater qu'un inculpé est hypnotisable et de faire en conséquence un appel banal à l'indulgence du tribunal. Il faut qu'il sache exactement à qui il a affaire, de façon à pouvoir établir sur des données positives soit la complète innocence de l'individu soumis à son examen, soit le degré réel de sa responsabilité.— Notre rôle est, comme on l'a dit, d'éclairer la Justice et non de lui arracher des coupables.

Il arrivera certainement que des gens, plus ou moins au courant de la question, simuleront l'hypnotisme croyant s'assurer ainsi l'impunité. — Le public s'imagine volontiers que c'est la chose la plus facile, et que les hommes qui s'occupent spécialement de ces délicates études se laissent plus ou moins aisément surprendre. Cela n'est pas aussi facile qu'on le dit. Vous connaissez les caractères objectifs certains de l'état hypnotique dans ses différentes phases : il vous suffira de constater nettement leur sériation naturelle et les différents symptômes que je vous ai précédemment exposés, pour être fixés sur la réalité des phénomènes observés.

Remarquez qu'il n'est pas nécessaire qu'un individu vous présente dans toute leur pureté les états classiques du grand hypnotisme pour que vous le déclariez apte à recevoir et à exécuter une suggestion. L'état le plus léger, le plus superficiel en apparence, la simple fascination, peut être suffisant pour cela. Je vous en ai montré tout à l'heure un exemple typique.

Arrivons maintenant au cas possible où des malfaiteurs viendraient à se servir d'individus en état de suggestion hypnotique pour leur faire exécuter, avec une précision d'autant plus grande qu'elle est plus inconsciente, des crimes qui leur profiteraient et auxquels ils seraient en apparence étrangers. — Le *consilium*

et l'*eventus*, comme disent les légistes, n'étant pas réunis en une même personne, celui qui aurait ordonné et préparé le crime, échapperait au châtiment comme étant resté matériellement en dehors de son exécution, peut-être même notoirement absent du lieu où il a été commis. L'autre, l'agent inconscient, y échapperait aussi comme n'étant pas moralement responsable.

Jusqu'ici, les attentats de ce genre imputables à l'hypnotisme sont restés dans le domaine du roman.— Mais rien ne dit qu'un jour ou l'autre le procédé ne soit tenté par des mains instruites, expérimentées et en même temps perverses. Ce jour-là, il faut que la Justice puisse compter sur nous, pour faire la lumière et assurer la répression. L'hypnotique suggestionné peut devenir un *aliéné dangereux* d'une nouvelle espèce, et la société ne doit pas se trouver désarmée devant lui.

Nul n'est forcé de se laisser hypnotiser. Le fait d'avoir livré, ne fût-ce qu'un instant, à autrui, sa liberté morale suffit, croyons-nous, à créer dans une certaine limite, la responsabilité. — N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue au fait de l'homme qui absorbe de l'alcool, qui boit pour se donner du courage, c'est-à-dire pour détruire les scrupules de sa conscience et perdre volontairement, en tout ou en partie, le sentiment de sa responsabilité ? — L'hypnotisé devenu criminel n'est-il pas coupable d'avoir remis à des mains suspectes la direction de ses actes ?

Lorsque vous aurez établi, à l'aide de caractères objectifs patents, la réalité de l'aptitude à la suggestion hypnotique ; lorsque vous aurez, à l'exemple de nos distingués confrères, dans les cas que je vous ai cités, remis l'inculpé dans l'état où il était lorsqu'il a commis le crime ou le délit qui lui est reproché, il restera à savoir : — s'il y a eu véritablement suggestion étrangère, et alors c'est à l'Instruction qu'il appartient d'en rechercher l'auteur ; — ou bien s'il s'agit simplement d'une auto-suggestion, comme dans le cas du religieux dont je vous ai raconté l'histoire.

Je livre ces simples considérations à vos méditations, en vous engageant à diriger votre esprit dans ces voies nouvelles et à peine explorées. —Etudiez donc les problèmes délicats que soulève l'hypnotisme sous ce jour nouveau ; vous y rencontrerez certainement des faits inédits, des procédés d'exploration plus précis, et quand les magistrats viendront vous demander votre concours dans certains cas graves qui intéressent l'honneur et la sécurité de vos concitoyens, vous serez à même de les seconder utilement, comme c'est votre devoir, dans leur œuvre de protection sociale.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Consultation Externe

Mai (*Suite*).

Louise L., 41 ans. *Douleurs sciatiques avec névralgie.*

Cette malade va de mieux en mieux et elle est presque guérie. Il y avait 7 ans qu'elle était malade et avait essayé, sans succès, tous les traitements ordonnés dans pareil cas. Ce sont les transferts qui l'ont guérie.

Jules L., 21 ans, jardinier. *Attaque d'épilepsie.*

Ce jeune homme va beaucoup mieux ; les attaques sont de moins en moins fréquentes et lorsqu'il en a, elles sont moins fortes. Il continue à faire des transferts.

Mme Angèle M., 44 ans. *Vertiges, faiblesse des extrémités inférieures. Sensation de tournoiement et d'impossibilité à marcher droit.*

Cette malade, qui a suivi le traitement par le transfert et les couronnes d'aimant, commence par ressentir du soulagement dans son état, elle a moins de vertiges, et marche avec plus d'aisance. Elle se sent plus forte sur ses jambes. Les migraines qu'elle avait très fortes ont disparu.

En général, son état est très amélioré.

Anna B., 29 ans. *Attaque d'épilepsie*

Cette jeune fille, qui a été traitée l'an dernier avec succès, consent à venir de temps en temps au laboratoire se faire endormir et faire quelques transferts dans l'espoir de ne pas avoir d'attaques. — Effectivement, elle n'en a pas eu depuis *un an*. Elle en est très satisfaite. C'est une guérison qui paraît s'être bien maintenue.

Mme F., 44 ans. *Vertiges, douleurs dans la tête et dans le ventre.*

Cette malade qui vient depuis déjà quelque temps, faire des transferts, va beaucoup mieux ; elle a persévéré dans son traitement et s'en trouve très satisfaite.

Dans le ventre, elle souffrait beaucoup et tous les mouvements qu'elle faisait avec les bras lui occasionnaient des douleurs. Actuellement elle souffre beaucoup moins et peut faire aller ses bras sans ressentir de douleurs.

Les vertiges ont également disparu.

Son état est en général très amélioré et dans quelque temps on pourra la considérer comme guérie.

Juin 1891.

Salle Andral (femmes).

Malades anciennes du service.

N° 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie. Paralysie des extrémités inférieures.*

Cette jeune fille va beaucoup mieux,son état s'améliore de jour en jour. Le pied qu'elle ne pouvait pas porter à terre, se pose d'aplomb, et sans difficulté.Elle est moins nerveuse.Son traitement n'a consisté uniquement qu'à faire des transferts.

N° 13. Alice F., 22 ans. *Hystéro-épilepsie.*

Cette malade commence à aller mieux, elle n'a eu que deux attaques dans le courant du mois de juin. Ces attaques ont été moins fortes que les précédentes. Son traitement consiste en l'application d'une couronne d'aimant, qui lui a fait beaucoup de bien. Son état nerveux s'est amélioré. Les douleurs qu'elle avait dans la tête sont moins violentes. Elle continue son traitement.

N° 26. Léonie B., 34 ans. *Hémiplégie gauche. Strabisme simultané.*

L'état de cette malade s'est amélioré. Elle a gagné beaucoup de force dans les jambes. Au dynamomètre elle a gagné 5 kilos à gauche sur le mois dernier. Elle continue son traitement par les transferts.

Eugénie W. — *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

L'amélioration s'est continuée et actuellement la malade se considère comme complètement guérie. Elle a récupéré sa gaieté et ses forces.

Malades nouvelles.

Marie P., 29 ans, fleuriste. *Attaque d'hystérie.*

Cette jeune fille est née de parents qui sont morts poitrinaires très jeunes.

Dans sa jeunesse,elle a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 6 ans.

Elle a été réglée à 15 ans 1/2, régulièrement jusqu'à l'âge de 18 ans; elle n'a fait aucune maladie.

A cette époque,à la suite d'une peur,elle eut une attaque d'hystérie le lendemain avec perte de connaissance. La crise dura 1 heure.

Pendant 8 ans elle n'a plus eu aucune crise.

Depuis 2 ans 1/2 les attaques sont revenues tous les mois au moment des époques.

Elles sont très fortes et elles la prennent n'importe où. Elle a eu parfois 4 attaques dans une journée.

Elle a la suppression des règles depuis le mois de janvier.

Depuis un mois qu'elle est dans le service, elle a été soumise à l'action du miroir devant lequel elle tombe en léthargie profonde. On

profite de cet état pour lui donner la suggestion de ne plus avoir de crise, et cela réussit très bien, car depuis qu'elle est dans le service elle n'en a plus. Elle va encore continuer son traitement pendant quelque temps, afin que la guérison soit complète.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens du service.

N° 2. Louis T., 26 ans. *Attaques d'épilepsie.*

Ce malade a eu beaucoup moins d'attaques.

Il en a eu 7 de moins que le mois précédent. Elles sont moins fortes.

Après avoir été soumis à l'action des miroirs, on a essayé les transferts, et depuis ce moment l'amélioration a eu lieu. — Il va continuer son traitement.

N° 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

L'état de ce malade est toujours le même. La lésion de la moelle, devient chronique, la contraction des extrémités inférieures est devenue permanente, les médications sont sans effets notables.

N° 15. Louis G., 34 ans. *Atrophie des muscles sacro-lombaires. Tremblement du tronc.*

Ce malade s'améliore un peu tous les mois, il est probable, qu'avec le temps, l'amélioration obtenue pourra se confirmer ; l'état devient chronique, mais il est vraisemblable qu'avec de l'hygiène il pourra encore gagner quelques adoucissements.

N° 24. Dupuy, Jules D.. 40 ans. Peintre en bâtiment. *Hémiplégie saturnine du côté droit.*

Ce malade a éprouvé, dans le courant de ce mois, beaucoup de soulagement dans son état. Il marche beaucoup mieux, et a gagné beaucoup de force dans le bras ; 10 kil. de force de pression au dynamomètre. L'anesthésie qui existe sur tout le côté droit est moins profonde. Il commence à se servir de son bras. — Il a fait des transferts sans prendre aucun médicament.

C'est le seul traitement qui soit parvenu à le soulager et à lui rendre des forces. Il va quitter le service pour passer quelques jours dans la maison de convalescence de Vincennes, et il reviendra continuer son traitement jusqu'à complète guérison.

N° 28. Paul L., 53 ans. Peintre en bâtiment. *Paralysie agitante.*

Ce malade, qui avait été guéri l'année dernière, et dont la guérison s'était maintenue pendant 10 mois, a eu un nouvel accès de tremblements à la suite d'une grande émotion. Lorsqu'il est revenu dans le service on lui a fait l'application des couronnes d'aimant, une sur

la tête et une autre autour du cou. Ce traitement a complètement réussi et il a pu quitter le service entièrement guéri.

N° 11. Jean L., 25 ans. Domestique. *Hémiplégie gauche syphilitique.*

Ses parents sont bien portants, ainsi que deux sœurs et un frère. Etant jeune, il n'a fait aucune maladie

A 22 ans, il contracta la syphilis, chancre induré suivi d'infection généralisée.— Il fut traité dès le début avec vigueur par le médecin-major de son régiment. Il prit environ 300 pilules de protoiodure de mercure et plusieurs litres de solution d'iodure de potassium.—Néanmoins la maladie ne fut pas enrayée et après un traitement aussi actif et bien suivi il fut atteint d'un iritis double des deux yeux, 14 mois après le début des premiers accidents. Cet iritis fut accompagné de céphalée très intense avec douleurs frontales très vives. L'iritis guérit sans laisser de traces et à la suite de cette secousse il se croyait guéri,lorsque il y a quelques jours,après s'être couché très tranquillement sans avoir fait le moindre excès de boisson, en se réveillant pendant la nuit pour uriner, il s'aperçut que son bras gauche était paralysé et qu'il en était de même de la jambe; la parole était aussi embarrassée par glosso-plégie. Et, cela sans la moindre raison motivée et sans douleur. La sensibilité était conservée. Quand il est arrivé dans le service le lendemain la jambe fauchait en marchant.Il avait de la difficulté à parler, et le bras gauche était paralysé. Il donnait 23 kilos de pression à gauche et 38 kilos à droite.

On le laissa reposer d'abord, puis le lendemain on le soumit à l'électricité et à l'action des miroirs :

Depuis 8 à 10 jours qu'il subit ce traitement nous constatons une amélioration très notable, le bras se meut avec plus de facilité et la parole est plus nette, la marche est plus ferme.

Consultation externe.

Sophie S., 59 ans. *Blépharospasme.*

Cette malade va tout à fait bien. Les transferts qu'elle a fait lui ont donné la faculté de ne plus abaisser ses paupières en marchant. Elle en est complètement maîtresse.

Mme F., 40 ans. *Névropathie. Vertiges, idées noires.*

Cette dame continue à améliorer son état, les douleurs qu'elle ressentait dans le ventre au point de ne pouvoir se baisser ni remuer les bras, ont complètemement disparu. Les vertiges ont cessé également, elle a les idées plus gaies, et n'a plus les frayeurs qu'elle avait avant son traitement qui a consisté en transferts. Elle se considère comme guérie.

Arthur B., 38 ans. Employé à l'Instruction publique. *Hémiplégie droite.*

L'état de ce malade s'améliore toujours.

Les forces sont revenues dans la jambe et dans le bras, il marche bien, et meut son bras facilement. Il commence à se servir de sa main. La parole qui était embarrassée est également revenue à son état normal.

Cette grande amélioration a été longue à venir, mais le traitement des transferts combinés avec l'électricité a fini par triompher. Il doit continuer encore pendant quelque temps à se traiter de la même façon.

Malades nouveaux.

A. B., 52 ans, Avocat. *Paralysie agitante, contracture du cou, et bras gauche, émaciation considérable.*

Jusqu'à l'âge de 20 ans il n'a jamais été malade. A cette époque il eut la fièvre scarlatine.

Depuis son plus jeune âge il avait toujours un peu souffert de l'estomac et des intestins, sans que cela soit bien grave. Il était sujet à des douleurs rhumatismales dans les deux bras. Il souffrait dans l'épaule et dans la tête à la région occipitale. Il ressentait dans les bras, une douleur qui faisait l'effet comme si on les lui mangeait.

En octobre 1888, à la suite d'émotions, il ressentit un tremblement léger dans la main gauche, qui alla en augmentant peu à peu, mais très lentement.

Depuis deux mois, il éprouve de la contracture dans le bras gauche et la jambe tremble alors qu'avant elle ne tremblait que très peu.

La nuit vers minuit il a des sueurs et se réveille par la contracture du bras et le tremblement de la jambe. Parfois, mais rarement, il a une tendance à aller en arrière, comme s'il allait tomber. Le regard est terne, il est voûté depuis sa maladie.

Il a essayé en vain la suspension, il a pris de l'hyosciamine et pendant un mois il a fait de l'hydrothérapie et des massages.

Pendant deux ans la maladie avait progressé très lentement, après avoir vu et consulté les différentes autorités médicales sans obtenir la moinde amélioration, il est venu demander les soins de M. Luys. — A son entrée, sa démarche était pesante, saccadée, ne levant les pieds qu'en traînant, le dos roide, la tête inclinée en avant, la figure contractée, et la voix faible ; avec idées tristes, découragement de voir les progrès mêmes de la maladie qui ne lui laissent aucun repos ni le jour ni la nuit ; le regard est éteint. Les insomnies sont presque continuelles.

Depuis qu'il vient dans le service, il a été soumis à l'action des miroirs, puis aux transferts. Il donne au dynamomètre 46 k. de pression à droite et 23 k. à gauche.

Il commence par éprouver un grand soulagement. Il a déjà gagné beaucoup de force.

Paul D., 29 ans. *Troubles psychiques, obsessions sodomiques, Guérison.*

Sa mère est nerveuse, sans avoir jamais eu d'attaque. Son père est mort d'une maladie de vessie. Il a deux frères qui sont bien portants.

Il a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 6 ans.

A 16 ans, un de ses amis lui mit dans la tête de ne pas voir de femme, par crainte de contracter des maladies, et d'avoir recours à l'homme. Cette suggestion le hanta toujours, sans mettre la seconde à exécution. Il éprouve depuis ce moment une timidité vis-à-vis de la femme qui empêche les érections de se produire. Il en résulte des pertes séminales qui le fatiguent beaucoup et qui influent sur son moral. Il avait toujours des idées tristes et une timidité extrême. Il a été traité pour l'anémie.

Etant à Nancy il s'adressa tout d'abord au Dr Bernheim qui essaya inutilement la suggestion. Comme il était hanté de l'idée de se marier il est venu consulter M. Luys pour lui demander s'il pouvait le guérir de cet état.

Il fut soumis d'abord à l'action des miroirs pendant quelques jours, il en éprouva un état de demi-sommeil, puis on essaya des transferts. — Après 5 séances de ces transferts un mieux sensible se révéla. Il prit confiance en lui-même et put obtenir l'érection en présence d'une relation de passage. Ce résultat inattendu le satisfit pleinement. Forcé de retourner dans son pays pour ses affaires, il est parti satisfait de sa situation et compte donner suite à ses projets de mariage.

Constance P..., 61 ans, lingère. *Paralysie agitante. Mélancolie.*

Père et mère morts paralysés.

La malade est mariée, a eu 13 enfants ; elle est veuve de 3 maris, et a eu des chagrins profonds et prolongés. En fait de maladie, elle n'a eu qu'un anthrax.

Elle a été réglée à 12 ans 1/2, très régulièrement, jusqu'à l'âge de 32 ans. A la suite d'une frayeur, les règles ont complètement cessé.

A son entrée grande dépression, face immobile, cou roide, petites oscillations, surtout à gauche, ce qui l'empêche d'écrire même de la main droite, quoiqu'elle ne tremble pas de cette main.

Parole nette, voix basse, bon sommeil.

Le tremblement a commencé par la main gauche.

Le mal alla toujours en progressant. Elle se fit faire des frictions à la teinture d'iode, et un liniment composé d'ammoniaque, de benzine et d'huile d'amande douce. Elle a également pris de l'antipyrine et du bromure de potassium.

Elle n'a éprouvé aucun soulagement de tous ces moyens.

10 juin, — après 15 jours de traitement par les miroirs et les transferts, amélioration très nette.

La parole plus ferme, plus forte, la figure détendue, commence à se dérider.

Elle donne à gauche 15 kilos de pression et à droite 24.

Edouard H., 45 ans, Musicien. *Paralysie générale, douleurs névralgiques dans la tête.*

Il y a 4 ans, pour la première fois, sans avoir jamais été malade, il a eu à la suite d'un grand travail intellectuel une congestion au cerveau. Depuis ce moment il ressent dans la tête de violentes douleurs qui le prennent aussitôt qu'il travaille un peu plus que d'habitude. Le violoncelle, qui est l'instrument dont il joue, lui provoque de violentes douleurs et il est obligé de renoncer à son travail.

Il a essayé plusieurs traitements, bromure, hydrothérapie, etc.

Aucun n'a réussi à le soulager. Seules, les couronnes d'aimant qu'on lui applique sur la tête, l'ont soulagé un peu, il a fait également quelques transferts et il s'en trouve très bien. Il va continuer son traitement.

Francine D.., 60 ans, femme de chambre. *Paralysie agitante.*

Il y a 2 ans, elle fut prise dans les jambes d'un engourdissement, elle était entraînée à marcher malgré elle, ne se sentait pas marcher et était obligée de s'arrêter pour ne pas tomber. Elle n'eut ni émotion, ni peur. Peu à peu elle se mit à trembler.

Douée d'une bonne santé, sauf quelques migraines, elle est mariée et n'a jamais eu d'enfants ; elle a eu la suppression menstruelle à 40 ans. Elle n'avait jamais été réglée régulièrement. Elle a toujours eu une vie tranquille, ne faisant aucun excès.

Tremblement continu dans les deux mains ; c'est le côté droit le plus atteint ; difficulté à se tenir debout, tremblement des mâchoires, dans le lit ne peut se retourner, cou roide. Elle donne au dynamomètre 21 kilos de pression à droite et 24 kilos à gauche. La tête est raide, elle marche très droit. — Il y a 8 jours qu'elle vient dans le service, et on l'a soumise à l'action des miroirs. Elle se trouve plus calme, et a moins d'étourdissements qu'auparavant. Elle va continuer son traitement.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

LA DERMOGRAPHIE

Son rôle dans l'histoire. — Le mécanisme de sa production.

Par le docteur GUIMBAIL,

Ancien Interne des Asiles d'Aliénés,
Médecin-adjoint de la Maison de santé d'Ivry,
Chroniqueur scientifique au journal l'Évènement.

(Suite et fin).

La papule qui caractérise l'urticaire, ne se différencie en rien, quant à son apparence extérieure, d'avec le relief saillant de l'autographisme. Bien plus, au point de vue histologique, sa morphologie est exactement la même. La description de l'une s'applique étroitement à l'autre.

L'épiderme semble, dans les deux cas, absolument normal, à moins qu'une lésion vésiculeuse vienne se surajouter à l'élevure, ce qui est fort rare. Aucune altération ne se constate dans les parois vasculaires des réseaux superficiels et profond du derme. On les trouve dilatés, gorgés de sang, et entourés, ainsi que les lymphatiques, d'une grande quantité de leucocytes ; ceux-ci sont abondamment répandus dans toute l'épaisseur du derme, formant en certains points, des amas. Beaucoup sont isolés entre les mailles du tissu conjonctif ; on en aperçoit quelques-uns entre les cellules épithéliales de la couche profonde de l'épiderme (Vidal, com. à la Soc. méd. des hôp., 27 juillet 1879).

Pour en terminer avec l'étude histologique des élevures de l'urticaire ou de la dermographie, je dirai tout de suite que le Dr Raymond (*France médicale*) a complété fort avantageusement les remarques de M. Vidal par un examen biopsique du relief autographique.

Ce distingué médecin a trouvé au niveau de l'élevure blanche, dans les espaces intercellulaires du corps muqueux une quantité de cellules migratrices. Celles-ci, arrivées au niveau de la couche granuleuse, se comportent de deux façons différentes. Tantôt elles soulèvent le *stratum granulosum* et la couche cornée, s'accumulant ainsi entre les cellules losangiques de la couche granuleuse ; tantôt, c'est la couche granuleuse elle-même qui est séparée en deux parties et c'est entre ces couches de cellules losangiques que s'accumulent les globules blancs. On peut les suivre jusque sous la couche cornée de l'épiderme. L'accumulation des leucocytes répond exclusivement à l'élevure blanche centrale : tout autour d'elle on voit bien dans le corps muqueux des cellules migratrices isolées, mais elles ne se collectent pas comme au niveau de l'élevure blanche ; elles affectent, en ce point, une disposition pyramidale, à sommet dirigé vers la couche cornée de l'épiderme.

La terminaison des nerfs de la peau, dans ces préparations traitées par l'acide osmique, apparaît absolument normale.

Il est prouvé, par l'examen différentiel, que cette description anatomo-pathologique de la papule urticarienne s'applique aussi bien à l'urticaire qu'à l'autographisme. L'un et l'autre se manifestent extérieurement, par une même altération, essentiellement constituée par une diapadèse leucocytique localisée.

Dans un cas comme dans l'autre, cette altération résulte d'une paralysie vaso-motrice localisée aux points où se produisit une irritation quelconque. La seule différence réside dans l'intensité d'irritation nécessaire pour provoquer le phénomène.

S'agit-il de l'urticaire, les élevures se montrent sous l'influence d'un souffle d'air comme on le voit chez certaines femmes décolletées, lorsque passe sur leurs épaules un courant d'air frais, — du moindre pli de vêtement, du plus

léger contact, — tandis que dans la dermographie ou urticaire factice, comme on l'a si justement nommée, une excitation directe et de quelque importance est nécessaire pour les provoquer.

La différence qui les sépare est minime : on ne sait au juste où s'arrêtent leurs limites respectives. D'ailleurs l'une et l'autre déterminent par la compression des extrémités nerveuses consécutive à l'épanchement sous-épidermique, un prurit plus ou moins violent qui disparaît sitôt que s'efface l'élevure, c'est-à-dire sitôt que la résorption des éléments diapédiques est complète.

Chez l'une comme chez l'autre, l'élevure une fois provoquée peut — dans quelques cas très rares — ne déterminer aucune démangeaison. Aucun phénomène subjectif ne vient alors accompagner la production du relief. La névrose cutanée ne détermine aucune réaction sensible ; un léger choc vient seul, chez certains dermographiques, avertir le patient de ce qui se passe au niveau de son tégument externe.

*
* *

Enfin l'analogie des deux affections se complète par l'examen des causes auxquels il convient de les rapporter.

L'urticaire, comme la névrose dermographique, sont l'apanage presque exclusif des sujets appartenant à la grande famille des arthritiques : obèses, migraineux, rhumatisants, etc. Leur apparition est ordinairement brusque, de même que leur disparition : elles présentent des intermittences ; plus rarement elles sont permanentes. Leurs lieux d'élection sont les mêmes : elles sont mobiles et ne laissent à leur suite aucune trace.

Les émotions violentes : chagrin profond, joies subites, frayeur intense sont susceptibles de les provoquer de toutes pièces, l'une et l'autre. Elles se montrent avec une réelle exacerbation pendant la période menstruelle.

Le printemps les exaspère, et dans l'une comme dans l'autre, les fonctions sudorales sont également altérées.

Certes, deux maladies qui reconnaissent une telle similitude dans leur étiologie, ne doivent guère se trouver séparées dans le cadre nosologique. On m'objectera, je le sais,

que le terrain commun sur lequel elles évoluent, l'arthritisme, peut les revêtir d'un cachet spécial, d'un air de famille, sans doute, mais qu'elles présentent néanmoins assez de caractères propres pour leur assurer une personnalité distincte.

Je me garderai bien de discuter l'influence du terrain : elle vient au contraire à l'appui de mon opinion. Le trouble permanent des échanges nutritifs qui s'abrite derrière le mot d'arthritisme, si impropre d'ailleurs — constitue une véritable intoxication plus ou moins intense, plus ou moins aiguë, procédant par poussées, mobile comme l'est lui-même le tourbillon de la vie moléculaire. Ce serait énoncer une banalité que de signaler les mille et une affections à laquelle elle forme comme à des branches multiples un tronc commun d'origine.

Parmi ces affections en apparence si disparates, mais qu'un lien commun unit et rattache, je place l'urticaire, qu'elle soit spontanée ou qu'elle soit artificiellement produite, que l'élevure de la peau apparaisse sous le frôlement léger de l'air, ou qu'elle résulte d'une pression plus considérable de la main armée d'un stylet.

Mon opinion est que l'autographisme et l'urticaire, ne formant qu'une seule et même affection, sont l'expression commune d'un véritable empoisonnement, que ce poison vienne du dehors — comme dans le cas d'injections hypodermiques d'eucalyptine — qu'il soit élaboré dans l'estomac, ou produit au sein des tissus par les altérations profondes de la nutrition.

Dans une hypothèse comme dans l'autre, il est transporté dans la circulation — sanguine et lymphatique, — et il s'élimine par la peau, déterminant l'une de ces variétés multiples de *toxidermies* à l'apparence si diverse, qui se traduit dans le cas d'autographisme par des troubles vaso-moteurs, véritable névrose cutanée locale.

C'est la conséquence du rôle d'émonctoire joué par la peau, d'entretenir, dans un perpétuel état d'irritation, les terminaisons nerveuses adjacentes aux ultimes réseaux lymphatique et sanguin, qui se trouvent chargés, chez les arthritiques, de principes toxiques. Mais cette irritation, toujours prête à se manifester, reste cependant latente jusqu'à ce qu'un

léger frôlement ou le contact plus violent d'un stylet, d'une pointe mousse vienne la stimuler et lui permettre de se traduire extérieurement par une paralysie vaso-motrice entraînant à sa suite l'œdème, localisé aux points qui furent touchés.

*
* *

Remarquez combien l'observation clinique vient seconder mon hypothèse : l'urticaire est divisée par les auteurs spéciaux en trois catégories d'après son origine :

1° Urticaire arthritique.

2° Urticaire ab ingestis : autrement dit, les empoisonnements :

A) par les moules, le poisson, la charcuterie avariée, les choux, les champignons, les truffes, le fromage, le melon, les fraises ;

B) par certains médicaments : copahu, cubèbe, iodure de potassium. Il convient d'y ajouter : les injections hypodermiques d'eucalyptine.

3° Urticaire par dyspepsie, et affections du foie.

A la lecture seule de ce tableau, il est facile de réduire l'étiologie de l'urticaire à un seul agent provocateur, l'intoxication. Qu'elle provienne de l'action irritante, sur les tissus, de matériaux excrémentitiels retenus dans l'organisme comme dans la diathèse arthritique — du développement de toxines comme sous l'influence de troubles dyspeptiques et d'altération du foie — ou que des albuminoïdes vénéneux soient introduits directement avec les aliments, elle n'en est pas moins réelle et son ultime manifestation ne s'en trouve pas modifiée.

Quant aux rapports de l'urticaire ou de la dermographie avec l'hystérie et les désordres nerveux si variés, qu'on a signalés comme les produisant de toutes pièces, j'aime bien mieux les considérer les uns et les autres comme provoqués par une même cause, sous une même impulsion morbide. Les *hystéries toxiques* sont, à l'heure qu'il est, depuis les beaux travaux de la Salpêtrière, unanimement reconnues.

L'alcool, le plomb, le miasme des marais, le poison syphilitique sont cités comme des agents provocateurs de la névrose, et je suis convaincu, pour ma part, que chez les

autographiques, les phénomènes nerveux observés reconnaissent avec la névrose cutanée une origine commune, bien loin de la créer de toutes pièces.

J'ai déjà signalé, en effet, la rareté de la dermographie, en comparaison du nombre considérable des hystériques : d'autre part, le phénomène cutané semble absolument indépendant de toute manifestation hystérique, au lieu de lui être intimement associé comme on le verrait sans doute si l'une des deux affections était la conséquence de l'autre.

La sensibilité de la peau est condition indifférente dans la production de l'autographisme : un côté du corps peut être anesthésique, la dermographie s'y produira aussi bien que du côté resté sensible. L'obnubilation des terminaisons nerveuses sensibles n'empêche point la production du phénomène ; et la participation consciente du sujet n'est nullement indispensable à son apparition. Il ne s'en trouve même ni retardé ni diminué. Le réflexe auquel il est dû est absolument indépendant de l'état de la peau. Ne semble-t-il pas que ce défaut de relation du phénomène dermographique avec les manifestations cutanées de l'hystérie certifie son indépendance vis-à-vis d'elle et affirme suffisamment son autonomie.

Enfin, je ne puis résister au désir de terminer cette étude déjà trop longue, en reproduisant succinctement une observation toute récente rapportée à la Société des hôpitaux (séance du 21 novembre 1890) par le Dr Féréol. Elle est instructive à plus d'un point de vue et fournit à mes idées sur la pathogénie de l'autographisme, une preuve nouvelle et considérable.

Il s'agit d'un homme devenu dermographique à la suite d'une rougeole. Il se donnait, grâce à cette singulière propriété de son tégument, des éruptions artificielles, se présentait en cet état à la consultation des hôpitaux, où on s'empressait de le recevoir à l'hôpital. Il y restait plus ou moins longtemps, en sortait, et quand il éprouvait le besoin de se donner quelques jours de repos, il avait de nouveau recours à son petit stratagème.

Il variait d'ailleurs le manuel opératoire, se servant tantôt d'une fourchette dont il appuyait les dents sur sa peau, tantôt d'une brosse ou d'un porte-plume. A l'aide de ces

procédés variés, il modifiait, dans certaines limites, les apparences de l'éruption qui se rapprochait tantôt de la rougeole, tantôt de la variole ou de la scarlatine.

Cet homme est atteint d'accidents nerveux qui font de lui un hystérique franc. Ses téguments sont anesthésiques ; le réflexe pharyngien fait absolument défaut, il est daltonique, il confond le vert avec le rouge. L'anesthésie du goût est tellement prononcée, qu'il amène avec lui un ami au cabaret, pour lui affirmer la qualité des consommations qu'on lui sert. Enfin il a eu des crises convulsives qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

Son état psychique est bien celui de l'hystérique ; il aime à tromper ; il est vaniteux, rusé. Il affirme, avec une sorte de satisfaction orgueilleuse, avoir *roulé* plusieurs médecins distingués. Il se trouva servi, en cela, par la singulière et inexplicable puissance que possèdent les hystériques sur les actes de leur vie animale. Cette influence mystérieuse signalée tout au long dans la littérature hindoue et dont on ne sait pas tenir compte, chez nous, quand on étudie les supercheries des hystériques, lui permettait de se procurer à lui-même une accélération *voulue* du cœur et partant du pouls, et consécutivement une certaine élévation de température.

C'est grâce à ces stratagèmes répétés qu'il parvint à se faire admettre à plusieurs reprises, dans les salles d'hôpital jusqu'à ce que son *truc* ayant été éventé, on le refusât partout comme un incorrigible simulateur.

L'origine toxique de l'hystérie chez cet homme ne me paraît guère contestable. La diathèse syphilitique et l'intoxication alcoolique sont largement suffisantes à la provoquer. Cependant il faut, pour que la dermographie apparaisse, qu'un troisième élément vienne s'ajouter au complexus nosologique du sujet : l'irritation spéciale produite à la peau par l'élimination du poison rubéolique.

J'espère avoir réussi à démontrer l'identité absolue des deux affections, jusqu'ici séparées sous les noms d'urticaire d'un côté, d'autographisme de l'autre. La similitude histologique de leur manifestation extérieure commune est absolue. Leur pathogénie comme leur étiologie ne sauraient être différenciées : le terrain sur lequel elles évoluent et se dévelop-

pent est le même. Leur marche est également mobile et leur pronostic variable. Il me reste à dire quelques mots au sujet de leur traitement.

On a conseillé contre l'urticaire les médications les plus diverses : les bains simples, amidonnés, sulfureux, gélatineux, etc... Tolérables comme adjuvant, ils sont tout à fait insuffisants comme procédé curatif.

M. le Dr Jacquet conseille l'enveloppement dans une couche d'ouate : le moyen est utile. Il agit de deux façons : 1° en supprimant toute cause d'irritation extérieure ; 2° en favorisant par une diaphorèse abondante l'élimination rapide des substances toxiques contenues dans les réseaux sanguin et lymphatique de la peau.

L'arsenic, les alcalins, l'iodure de potassium ont donné, dans certains cas, de bons résultats : ils modifient avantageusement la nutrition, et nous touchons, avec leur emploi, à la véritable indication curative, la seule rationnelle et qui m'a donné plusieurs fois, de réels succès dans le traitement de l'hystérie, sans manifestation d'autographisme.

Je veux parler du traitement par les antiseptiques, pris à l'intérieur, et par le régime de la table. Le régime sera celui des dilatés : abstention complète de viande pendant la première moitié du mois, viandes blanches, en petite quantité, la seconde moitié. Repas espacés : œufs sous toutes formes, féculents à l'état de purée, légumes verts très cuits, fruits en compotes. Eau d'Alet et vin blanc en petite quantité.

Au milieu des deux principaux repas : un cachet composé de :

Salicylate de bismuth.......... } ââ 0,60 centigr.
Naphtol B. ou Salol........... }
(suivant l'état des reins).

Cette médication est la seule rationnelle ; elle amène rapidement la guérison et justifiant ainsi la raison d'être de l'adage ancien : *Naturam morborum ostendunt curationes*, elle apporte à ma théorie de la pathogénie de l'autographisme un irrésistible argument.

Docteur Guimbail.

LA TRÉPANATION

DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉVROSES

AU POINT DE VUE CLINIQUE

Par le Dr Collineau.

(Suite et fin).

Point de vue anthropologique.

L'ablation d'une portion délimitée de l'enveloppe crânienne et la dénudation de la surface périphérique de l'encéphale correspondante est, disions-nous au début, une pratique dont l'origine se perd dans la nuit des temps. Quelques développements sur ce point. C'est là, le côté anthropologique de la question.

Certes, on savait bien, et cela depuis longtemps, que la trépanation était familière aux anciens. « Quoique ce soit dans les œuvres d'Hippocrate que nous trouvions la première description de l'opération du trépan, disent Percy et Laurent (1) nous n'en devons pas moins présumer, d'après le degré de perfection où elle était déjà portée à l'époque où vivait le père de la médecine, qu'elle avait dû être pratiquée longtemps auparavant, soit par d'autres médecins, soit par les prêtres d'Esculape. » Mais, en réalité, ce n'est que depuis 1874 que l'on est fixé sur la date à laquelle remonte l'éclosion de l'idée et l'invention des procédés primitifs d'exécution.

Par quelles circonstances fortuites est-on parvenu à cette notion d'histoire médicale ? Pour le rappeler en peu de mots, voici : en 1867, le Dr Prunières de Marvejols, s'occupait de fouilles dans un spacieux dolmen situé sur le Causse de Chanac (Lozère) et dans la profondeur duquel abondaient des ossements humains plus ou moins ramollis, cassants, détériorés. Soudain, en déblayant un des crânes qu'il y avait rencontrés de la terre dont sa cavité était obstruée, il en fit sortir une rondelle osseuse présentant des caractères de conservation très supérieurs à ceux de la boîte crânienne

(1) Percy et Laurent, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 55, Art. trépan p. 531, 1821, Paris.

qui la renfermait. A la région pariétale droite de ce crâne se constatait une déperdition de substance de dimensions beaucoup plus vastes que celles de la rondelle. D'autre part, l'épaisseur de la paroi osseuse sur la rondelle était beaucoup plus considérable que sur le crâne de l'intérieur duquel elle était sortie. Bref, les deux vestiges ne provenaient pas de même source. Ceci était évident. Cette découverte ne laissa pas que de rendre longtemps perplexe l'explorateur ; et ce n'est qu'en 1873, au Congrès tenu par l'*Association française pour l'avancement des sciences* à Lyon qu'il se décida à mettre la pièce sous les yeux de ses collègues. Elle intrigua fort les anthropologues à qui il la présenta. Pourtant il continuait avec ardeur ses recherches, si bien que l'année suivante il était en mesure de fournir sur les perforations et les rondelles crâniennes aux temps préhistoriques de précises informations. La lecture du mémoire inédit de Prunières (1) sur le sujet, fut faite à Lille, à l'occasion du Congrès de 1874. Les pièces anatomiques furent mises à portée des auditeurs.

La rondelle trouvée en 1867 et qui avait mis sur la piste de ces faits inattendus, mesurait 50 millimètres pour le grand diamètre et 38 pour le petit; sur sa face interne et sur la face externe 42 millimètres pour le grand diamètre contre 30 seulement pour le petit. Son épaisseur était de 7 à 8 millimètres. Les sillons vasculaires qui parcourent la face interne prouvent qu'elle appartient à un pariétal et très probablement, vu la direction de la branche principale de l'artère méningée moyenne, à un pariétal du côté gauche.

En outre, au nombre des crânes extraits du même dolmen, il en était un dont la paroi gauche, dans sa presque totalité, avait disparu et dont le degré de conservation, la couleur et l'épaisseur correspondaient parfaitement à l'épaisseur, à la couleur et au degré de conservation de la rondelle.

En haut, dans le voisinage de la suture sagittale, la perte de substance est limitée par un bord ondulé, poli et toujours taillé en biseau aux dépens de la table externe des os frontal et pariétal.

(1) Prunières, *Sur les crânes perforés et les rondelles crâniennes de l'époque néolithique.* Assoc. franc. pour l'avanc. des sciences. Compte rendu de la troisième session. Lille, p. 597, 1874, Paris.

Trois arcs de cercle qui se succèdent d'avant en arrière semblent indiquer que trois rondelles ont été détachées les unes à la suite des autres. « Or, continue Prunières (1) dans la relation qu'il adrésse, en date du 5 mars 1874, à la *Société d'anthropologie*, si l'on rapproche du vide du milieu les bords de la rondelle, on voit que les bords s'y adaptent très bien ». Il existe donc de grandes probabilités pour que la rondelle et le crâne soient de même provenance.

Le cas ne demeura pas isolé.

Au milieu d'objets sans nombre, crânes, ossements, outils provenant de fouilles entreprises dans son domaine de la Marne par M. J. de Baye, se rencontra une pièce unique. C'était une rondelle osseuse en tout semblable à celle sur laquelle, pour la première fois, Prunières avait mis la main. Forme arrondie, ou mieux elliptique, dimensions, nature du travail, disposition des bords en biseau parfaitement régulier taillé aux dépens de la table externe, tout cela dans les deux pièces était identique. Sous deux rapports, seulement, elles différaient. L'une avait été rencontrée dans l'intérieur d'un crâne ; l'autre l'avait été, libre sur le sol. En outre, celle-ci était, à sa partie centrale, percée d'un trou de suspension. En somme, ce qui paraît évident, c'est que, comme l'affirme Broca (2), « ces deux objets ont été faits de la même manière et dans un même but ». D'autre part, les recherches ultérieures de Prunières l'amenèrent à la découverte de nouvelles pièces du même genre, et dans l'inestimable série de crânes provenenant de la caverne *dite de l'homme-mort*, série dont il a généreusement fait don au *laboratoire d'anthropologie*, il en est un (c'est le crâne classé sous le n° 23 bis, *série des dolmens*) sur lequel il est loisible de constater l'existence d'une ouverture artificielle elliptique indiquant l'extirpation intentionnelle d'une quantité déterminée de tissu osseux. Enfin, l'un des moules du crâne de Boknia donnés au musée du laboratoire par le général Faidherbe porte les traces de mutilations similaires.

Une fois la curiosité en éveil, les recherches afférentes à

(1) Prunières. *Sur les crânes artificiellement perforés à l'époque des dolmens Bulletins de la Société d'anthropologie*, p. 185, 1874 Paris.

(2) Broca, *Bulletins de la Société d'anthropologie*, série II, p. 194, 1874. Paris.

la solution du problème se multiplièrent. D'année en année, il fut fait à la *Société d'anthropologie* des communications pleines d'intérêt sur le sujet.

Pour ne citer que les plus topiques, en 1878, Prunières publiait le résultat de nouvelles fouilles entreprises au fond des cavernes de Beaumes-Chaudes dans la Lozère (1). Ces cavernes consistent en galeries superposées, les unes s'ouvrant au grand jour, les autres ténébreuses et humides et aboutissant à un puits d'une profondeur considérable et dont le fond est rempli d'eau. De même que la caverne de l'*homme mort*, elles ont servi d'ossuaire. Au milieu d'ossements humains gisant pêle-mêle dans le plus complet désordre, se trouvaient, en abondance, des crânes ou des fragments de crânes présentant des perforations à bords nettement cicatrisés. En l'espace de quelques jours on put recueillir une soixantaine de pièces au nombre desquelles des rondelles ouvrées et munies d'un trou central de suspension.

En 1880, dans le voisinage de Baye (Marne) et dans des grottes analogues à celles que M. J. de Baye avait lui-même explorées avec tant de succès, M. Mauvoisin (2) découvrait un certain nombre de crânes dont plusieurs avaient été trépanés. Parmi eux, il en était un dont l'examen offrait un intérêt tout spécial. On y remarquait simultanément des traces de trépanation sur le vivant et de trépanation *post mortem*.

L'absence du travail cicatriciel dans le second cas, et l'éburnation réparatrice des bords de la solution de continuité dans le premier suffisent à préciser le diagnostic. L'opération *post mortem* avait dû, à l'avis de Broca, être pratiquée dans le but de se procurer des rondelles destinées à servir d'amulettes et à donner satisfaction à quelque visée religieuse. Quant à l'opération sur le vivant, avait-elle été entreprise dans une intention thérapeutique ? L'hypothèse est plausible, et à l'obtention du retour à la santé se rattachent, peut-être, les idées mystagogiques auxquelles les rondelles-pandelocques semblent avoir dû leur prestige ? Une année à peine encore, et sur le premier point, la présenta-

(1) Prunières, *Sur les cavernes de Beaumes-Chaudes. Bulletins de la Société d'anthropologie*, série III, t. I, p. 206, 1878. Paris.

(2) Mauvoisin, *Présentation d'objets divers.* Bull. de la Soc. d'Anth. série III, t. III, p. 10, 1880. Paris.

tion par le prof. Parrot (1) d'un crâne trouvé dans une grotte de Bray-sur-Seine (Marne) venait puissamment contribuer à fixer les esprits.

En même temps qu'une perforation chirurgicale, le crâne en question portait en effet la trace de lésions organiques profondes et caractérisées par la dépression, l'aspect mamelonné, des sinuosités irrégulières dans une étendue approximativement triangulaire de 6 centimètres environ de côté. Point intéressant, au lieu du vertex, comme dans la généralité des cas, la région choisie pour l'opération avait été la partie du pariétal gauche contiguë au frontal. Or, c'était également du côté gauche, sur le pariétal, qu'avait siégé la lésion organique du tissu osseux.

Enfin, en 1882, M. G. de Mortillet (1) appelait l'attention de la *Société d'anthropologie* sur la photographie et le moulage d'un crâne appartenant aux collections de l'*Académie des Sciences* de Lisbonne, et qui, aux temps préhistoriques, avait été l'objet de tentatives de trépanation. Sur la surface attaquée, on distinguait très bien les traces d'un instrument en pierre qui, par un mouvement oblique de



va-et-vient, avait creusé deux profonds sillons circonscrivant une plaque osseuse allongée. Ce commencement d'exécution était à son tour de nature à fixer sur le *modus faciendi* de l'opérateur. S'appuyant sur l'extrême obliquité que présentent d'habitude les bords de la perforation, Broca avait

(1) Parrot, *Crâne de Bray-sur-Seine. Bull. de la Soc. d'anthr.*, série III, t. IV, p. 104, 1881. Paris.

pensé que c'était à une sorte de raclage, qu'à cette primitive époque, on avait dû avoir recours.

Même, armé d'un silex taillé provenant de Cro-Magnon, il était parvenu à pratiquer par voie de raclage, en l'espace de huit minutes, la trépanation sur un jeune chien vivant sans intéresser en aucune façon la dure-mère. Mais l'exemple ci-dessus, indique de la part de l'opérateur, l'intention bien arrêtée de circonscrire une plaque osseuse en la conservant elle-même dans son intégralité.

Les recherches expérimentales du Dr Capitan (1) sur les trépanations préhistoriques contribuèrent à établir deux points, le premier c'est que deux procédés ont été employés pour la trépanation à l'aide d'un silex taillé aux temps préhistoriques : 1° le raclage enlevant tout ou partie seulement de l'épaisseur de l'os, 2° l'ablation d'une rondelle crânienne ; le second c'est que l'aspect des perforations obtenues par l'un ou l'autre procédé étant absolument différent est caractéristique et que le procédé employé est aisé à reconnaître.

Bref, de ces diverses recherches et de beaucoup d'autres non moins intéressantes qui sont venues se grouper autour, on est, aujourd'hui, autorisé à porter sur la trépanation aux temps préhistoriques les conclusions suivantes :

D'abord, la présence dans la cavité du crâne de la rondelle, qui avait si fort intrigué les premiers explorateurs, n'est pas une circonstance fortuite. C'est à dessein, dans la majorité des cas, qu'elle y a été introduite. Le fait s'est renouvelé trop de fois pour laisser, là-dessus, place au doute. Dans quel but, dira-t-on ? — Dans un but dévotieux, probablement.

Ensuite, l'opération a été pratiquée et pendant la vie et après la mort — on en possède de nombreux spécimens — soit sur des crânes distincts, soit préférablement sur le même crâne. Elle a consisté tantôt en un amincissement pur et simple de l'épaisseur de la boîte crânienne sur une région déterminée, tantôt en une perforation mettant à nu la dure-mère. Le lieu d'élection était la région pariétale ; le choix des régions temporale et frontale fait exception. La régularité de la section exclut l'hypothèse d'un traumatisme acci-

(1) Capitan. *Recherches expérimentales sur les trépanations prématoriques*, — Bull. de la Soc. d'Anthr. III T. V. p. 1535-882, Paris.

dentel. Le procédé opératoire a consisté, ici, en un raclage de la surface osseuse à éliminer : là, en une rugination linéaire affectant les contours d'une ellipse.

En outre, le but paraît avoir été en une foule de cas (trépanations posthumes) religioso-commercial : la fabrication d'amulettes ; mais a été très certainement, en beaucoup d'autres, chirurgical en vue de la guérison d'une affection soit de la boîte crânienne, soit, plus communément, des centres nerveux. L'homme préhistorique, en effet, — l'état de sa dentition en témoigne — était enclin aux convulsions. Or, en nombre de cas, c'est simultanément que l'on constate sur les dents les traces des troubles de la nutrition inséparables des convulsions dans les cas où elles acquièrent un certain degré d'intensité et de persistance ; et sur la voûte crânienne, la perforation thérapeutique. L'épilepsie, à la vérité, n'oppose pas à l'évolution dentaire le même obstacle que les convulsions de l'enfance ; mais ces deux névroses ne sont pas sans d'étroites affinités, et il ne répugne pas d'admettre que si la trépanation a été pratiquée contre les convulsions infantiles, elle l'ait du être également contre diverses autres névroses et notamment l'épilepsie proprement dite. Du reste, ainsi que Broca en fait la remarque dans l'important mémoire qu'il a publié en 1878 sur le sujet, les crânes perforés extraits des ossuaires présentaient l'asymétrie de ceux des épileptiques.

Enfin, ce que l'examen comparatif des nombreux crânes provenant des fouilles qui ont été faites dans des localités variées, permet d'affirmer, c'est que la pratique de la trépanation remonte à l'époque néolithique. A défaut d'autres preuves, la découverte faite par M. Chauvet (1) d'un crâne perforé dans la sépulture *purement* néolithique d'Entre-Roche (Charente), le démontrerait irréfutablement.

Chose curieuse ! Remontant à l'âge de la pierre, ces errements se sont transmis jusqu'aux temps modernes, de siècle en siècle.

Le chirurgien de l'époque mérovingienne substitue au silex taillé de ses devanciers l'instrument en métal dont il

(1) Chauvet. *Sur la station néolithique d'Entre-Roche,* le Bull. de la Soc. d'Anthr., série II, t. XII, p. 12, 1877, Paris.

dispose; mais n'en continue pas moins rigoureusement de suivre la tradition. L'antiquité l'applique. Le moyen-âge l'adopte, et avec elle, propage les superstitions qui s'y rattachent. La Renaissance se charge du bagage. J. L. Petit, du Quesnoy, Pott, et tant d'autres ont judicieusement recours au procédé chirurgical dans le cas de traumatisme de l'enveloppe de l'encéphale. Henri Chabdon n'hésite pas, en 1664, à y revenir plus ou moins empiriquement jusqu'à vingt-sept fois pour guérir le comte Philippe de Nassau, d'un épanchement plus ou moins problématique. Guy Fagon, médecin ordinaire de Louis XIV, donne, avec sérieux, l'indication que voici :

« Le crâne humain est employé en médecine : On doit choisir le crâne d'un jeune homme de bon tempérament qui soit mort de mort violente et qui n'ait point été inhumé. Il faut se contenter de le râper et de le mettre en poudre sans le calciner comme le voulaient les anciens ; parce que dans la calcination l'on en fait dissiper le sel volatil en qui consiste sa principale vertu. « Il est propre pour l'épilepsie, pour l'apoplexie et pour les autres maladies du cerveau. » De même, le Traité de pharmacie de Nicolas Leméry renferme la formule de diverses poudres anti-épileptiques dans lesquelles la râpure de crâne humain est érigée en principe actif.

Les explorations lointaines qui, de nos jours, se succèdent, grâce à la facilité des communications avec une fréquence croissante, ont appris qu'au sein des peuplades sauvages de l'Amérique du Sud, il est fait un emploi empirique et grossier de la trépanation : contre les convulsions et... le rhumatisme. Chez les naturels des îles Pomatou et les indigènes de Aouress, la trépanation est également en usage. A ce propos, le Dr Lucas Championnière (1), dit avoir rencontré en Algérie un Thoubibe (chirurgien), dont le père, affirme-t-il, avait subi douze fois l'opération et qui lui-même y avait eu recours jusqu'à quatre fois. En Kabylie, il en est de même.

M. H. Gillmann (2) de Détroit (Michigan), enfin, signale

(1) Lucas-Championnière. *Trépanation guidée par les localisations cérébrales,* 1878, Paris.

(2) Gillmann, *The American naturalist*, 1876.

une espèce particulière de trépanation autrefois usitée chez les Peaux-Rouges.

Elle a pour siège exclusif le sommet du crâne et sa forme est exactement circulaire. Elle est toujours posthume. On n'en démêle encore qu'obscurément le but. Il concorde, selon toute apparence, avec des doctrines religieuses. Il ne serait pas impossible suivant Gillmann, que plus croyants que les autres, ou, si l'on veut plus logiques dans leurs superstitions, certains eussent eu l'idée d'ajouter à la fenêtre du tombeau, la fenêtre du crâne afin de faciliter les visites de l'âme.

Mais il n'est pas besoin de franchir les mers pour recueillir des exemples de l'emploi inconsidéré de la trépanation. M. Veckenstedt (1) dit avoir constaté qu'en Allemagne, les bergers trépanent leurs brebis dans le but de faire éclater une vessie qui résiderait dans la tête. De son côté, Prunières a décrit le procédé employé par les bergers de la Lozère pour guérir leurs moutons de la clavelée. Ils prennent entre leurs genoux la tête de la bête, et enfoncent leur couteau en le faisant pivoter sur sa pointe, jusqu'à ce qu'il pénètre dans le crâne.

En somme, voilà une conception qui a germé à des époques et dans des milieux sociaux entre eux extrêmement distants. Eclose dans l'esprit de nos ancêtres, elle a traversé les âges. Les croyances, les mœurs, les connaissances acquises ont été les facteurs de ses transformations et de ses applications pratiques. Elle a eu ses vicissitudes. En dépit des péripéties par lesquelles elle a passé, elle a poursuivi sur une très large zone de la surface du globe, son évolution. Les perfectionnements de la science contemporaine semblent en devoir accroître l'essor. Il y avait donc intérêt, en mettant en relief les motifs qui autorisent à lui présager un brillant avenir, à en indiquer aussi l'origine, rappeler l'histoire, préciser la portée, selon les races et selon les temps.

(1) Bull. de la Soc. d'Anthropt, série III, t. p. 337, 1878, Paris.

COMPTE RENDU DE THÈSES (1890)

Essai sur les fibres nerveuses à myéline intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et dans la démence,

par J. TARGOWLA,

Thèse de Paris, 1890.

Dans l'écorce d'un cerveau sain on trouve un grand nombre de fibres blanches orientées dans tous les sens et occupant toute l'épaisseur de l'écorce, à partir de la couche granuleuse sous-méningée jusqu'à la substance blanche proprement dite.

Ces faits découverts par Etner datent à peine d'une dizaine d'années.

On s'est naturellement demandé ce que deviennent ces fibres dans les affections de l'écorce telle que la périencéphalite diffuse de la paralysie générale.

Le fait de la disparition des fibres intercorticales dans la paralysie générale a été constaté à l'étranger et en France par plusieurs auteurs.

Il a même été considéré comme le signe pathognomonique de la paralysie générale ; mais on a retrouvé la disparition de ces fibres dans d'autres affections mentales et notamment, dans l'aboutissant de toutes les affections encéphaliques, dans la démence.

M. Targowla a fait un travail de contrôle des assertions des auteurs qui se sont occupés de la question. Il a consigné dans sa thèse onze observations personnelles suivies d'examen microscopique, dont neuf paralytiques et deux déments.

Voici ses conclusions.

I. Il existe, dans *toutes* les couches de la substance grise du cerveau, des fibres nerveuses à myéline, à direction transversale, dont la topographie exacte n'est pas encore décrite.

II. Ces fibres nerveuses intercorticales disparaissent, plus ou moins complètement dans la paralysie générale et la démence.

III. Les régions antérieures du cerveau sont plus fréquemment atteintes que les autres.

IV. Il est encore difficile actuellement de déterminer les rapports de cette lésion avec les lésions des vaisseaux, des cellules nerveuses, de la névroglie et des méninges, que l'on trouve dans les maladies mentales.

V. Au point de vue clinique, notre travail montre que la disparition des fibres nerveuses intercorticales est constante dans tous les cas où il y a démence, paralytique ou non.

J. T.

Des entozoaires de l'encéphale, par Mi. S. Szczypiorski.

Voici les principales conclusions de ce travail :

Les parasites vésiculaires qu'on a trouvé jusqu'à présent dans l'encéphale sont les cysticerques et les échinocoques. Les premiers, relativement plus fréquents et habituellement beaucoup plus nombreux, changent volontiers de forme en se ramifiant à l'infini (Cysticercus racemosus).

On observe : 1° les cysticerques ladriques, et 2° les cysticerques inermes.

A l'état frais, ils sont toujours reconnaissables par la structure ondulée de leur vésicule caudale. Ils peuvent être engendrés par le tænia dont le patient est déjà porteur (auto-infection). Ils siègent à la périphérie de l'encéphale.

Les échinocoques sont plus rares ; ils constituent généralement un kyste unique rempli de liquide et de vésicules filles. Ils ont la propriété de se frayer un chemin à travers les trous et les os du crâne. Leur siège habituel est le parenchyme. L'hexacanthe de ces parasites pénètre dans l'encéphale par la voie vasculaire sanguine. Il est introduit dans le tube digestif avec les aliments ; par l'intermédiaire du chien atteint du tænia; ou bien il provient du ver rubané son hôte.

Le tableau clinique type est impossible à faire en raison du polymorphisme tout particulier des manifestations morbides provoquées par le parasite.

Généralement les kystes à échinoques sont caractérisés par : la céphalée persistante, l'épilepsie et les paralysies partielles mais durables, la démence croissante, la marche progressive, le début à l'âge de vingt à trente ans, la durée de deux à trois ans.

Les cysticerques par : la marche irrégulière, le début à l'âge de quarante à cinquante ans, l'épilepsie passagère par accès, les contractures, les vomissements, les troubles psychiques, céphalalgie intermittente, la durée depuis quelques mois jusqu'à douze ans et plus. Souvent ils passent inaperçus.

Celui du cysticerque peut être corroboré par l'existence de la ladrerie périphérique et du tænia.

La terminaison habituelle est la mort, qui souvent survient subitement. Il faut ajouter, cependant, que lorsqu'il s'agit de cysticerques, le pronostic n'est pas excessivement grave, puisque, dans 20,5 p. 100 des cas, leur présence ne se manifeste par aucun phénomème alarmant. La mort, dans ces cas, est due soit à une maladie incidente, soit aux progrès de l'âge.

Traitement prophylactique : expulsion du tænia ; examen de la viande de boucherie ; application des lois d'hygiène à la campagne.

Traitement curatif : trépanation, incision de la tumeur apparaissant sur le crâne.

Dans la majorité des cas, le traitement ne peut être que symptomatique.

DE LA CONTAGION DU CRIME

ET SA PROPHYLAXIE (1)

Par P. Moreau (de Tours).

Depuis quelques années on assiste à un développement sans cesse grandissant de crimes de toute nature : Paris n'a pas seul, quoi qu'on dise, le triste monopole de ces suicides, de ces meurtres, de ces viols... qui frappent de stupeur et parfois de véritable terreur la population tout entière : la province aussi paye un tribut non moins lourd à cet impôt du sang.

Depuis longtemps déjà nous avons appelé l'attention sur le danger que l'accroissement des crimes faisait courir à la société. Mais pour lutter efficacement contre un fléau, il faut en connaître la source, l'origine, la marche. Or, il ne faut pas se faire d'illusions : nous avons affaire à une véritable épidémie, c'est-à-dire à un fait pathologique nettement défini, indiscutable, ayant ses caractères propres, au même titre que, si au lieu de suicides et d'homicides, il s'agissait de telle ou telle maladie susceptible de se communiquer à un nombre indéterminé d'individus, et dont nul ne s'avise de révoquer en doute le caractère contagieux.

Comme toute autre épidémie, l'épidémie des crimes reconnaît des causes prédisposantes et occasionnelles ; un début, une marche ascensionnelle et de déclin, une terminaison. Comme le choléra, la fièvre jaune, le typhus, les fièvres éruptives, etc., elle naît sur le sol ou bien elle est importée. Elle ne frappe que sur un nombre déterminé d'individus, sans interrompre les autres maladies qui sévissent d'ordinaire sur les contrées où elle règne pendant un espace de temps variable. Enfin, elle cède à l'emploi de certains moyens appropriés.

Le crime épidémique, envisagé comme maladie pure et simple, a, pour ainsi dire, de nombreux antécédents, si l'on

(1) Mémoire présenté au Congrès des Sociétés savantes, le 12 juin 1889 par M. le Dr Moreau de Tours, l'un des délégués de la Société française d'Hygiène, et lu dans la séance de la Société du 14 juin.

veut bien ne pas perdre de vue ce fait que toutes les affections nerveuses sont liées les unes aux autres par une parenté plus ou moins étroite. Il serait exact de dire que l'existence d'épidémies d'hystéries, de convulsions, d'extases, de chorée, etc., de désordres intellectuels divers conduit nécessairement à admettre des épidémies analogues de crimes, attendu que le point de départ est identique pour tous ces états morbides, lesquels ne sont en réalité que des branches d'un même tronc : *l'état névropathique*. Si elles diffèrent entre elles, c'est uniquement *par la forme*, laquelle dépend de la portion du système nerveux qui est atteinte dans son fonctionnement ou dynamisme, ce qui explique cette susceptibilité de se transformer les unes dans les autres, de se substituer réciproquement en raison des liens intimes qui réunissent toutes les parties du système nerveux cérébro-spinal.

Or, l'histoire est pleine d'épidémies du genre de celles dont nous venons de parler. Si on les étudie en passant du simple au composé, il est impossible de nier les rapports de consanguinité qui unissent ces affections à la plus complexe de toutes, *à la folie* et en particulier à l'acte du crime.

L'aliénation mentale, les troubles intellectuels purs, dégagés de toute lésion névropathique, ne sont pas moins tributaires de l'action contagionniste que les anomalies les plus élémentaires, les moins compliquées de l'appareil nerveux.

En d'autres termes, et quelque paradoxal que cela paraisse, il est vrai de dire que, placé dans de certaines conditions physiologiques, tout homme est susceptible de folie transitoire, c'est-à-dire de perdre subitement la conscience de lui-même, son libre arbitre, exactement comme à la vue d'un autre homme qui bâille, ou dont les muscles du visage sont agités de mouvements convulsifs, il ne peut résister à l'envie de bâiller à son tour ou au besoin de faire les mêmes grimaces.

Tous les genres de folie ne sont pas empreints au même degré du cachet de la contagion : les formes qui à cet égard méritent de fixer notre attention sont celles dans lesquelles l'élément instinctif, sentimental, passionnel, prédomine sur le désordre de l'intellect proprement dit.

La monomanie homicide se distingue entre toutes les

autres espèces de délire par son influence contagieuse. Nous ne rapporterons pas ici tous les faits de contagion recueillis par les auteurs depuis qu'un aliéniste célèbre, il y a une cinquantaine d'années, Esquirol, et après lui, son élève à la Salpêtrière, Georget, ont attiré l'attention sur ce point de pathologie mentale.

Nous n'insisterons pas sur ces faits ; pour nous, l'action contagionniste est évidente. Notre but, dans ce mémoire, est de rechercher surtout le moyen de prévenir ces épidémies désastreuses.

Nous ne craignons pas d'accuser la Presse d'être la cause la plus active des crimes et des suicides dont on est témoin chaque jour, de les propager indéfiniment par le retentissement qu'elle leur donne, en insistant sur une foule de détails plus ou moins tragiques, plus ou moins étranges. Au temps où nous vivons, le crime a obtenu une publicité scandaleuse. On le voit partout, on l'offre à tous les regards, on l'ébruite, on en fait le sujet d'une nourriture quotidienne. Allez voir à la Morgue ; entendez-le publié dans les rues, dans les carrefours ; voyez-le affiché aux fenêtres de quelques libraires qui foulent aux pieds les devoirs de la conscience et le respect dû aux mœurs ; lisez-le dans les journaux ; voyez-le représenté, choyé sur les théâtres. Or nous sommes convaincu que cette publicité du crime, que le théâtre, que les journaux, que les mauvais livres sont autant de causes secondaires des attentats criminels qui se commettent chaque jour. La Presse donne maintenant plus que jamais un scandale qui est bien digne d'exciter l'intérêt des honnêtes gens, et d'augmenter les justes alarmes des moralistes.

On sait avec quelle avidité les feuilles publiques, grandes et petites, illustrées ou non, saisissent le crime, l'adresse, et l'habileté avec lesquelles elles savent présenter les détails odieux qui devraient rester dans le plus profond mystère, ne respectant rien, ni famille, ni société, ni convenances, du moment où le journal peut donner un récit circonstancié des faits avant un autre, arriver « bon premier », comme le disent eux-mêmes les signataires des articles. Loin de nous la pensée que les journalistes le font avec le coupable dessein de corrompre les masses. Mais, s'ils ne savent ce

qu'ils font, avouons au moins que leur inconcevable insouciance nous est bien funeste. Qui pourrait nous dire le nombre de crimes dont la première pensée a surgi dans des têtes exaltées, à la lecture des faits si adroitement racontés !

Ce n'est pas une hypothèse que nous émettons ici ; l'expérience quotidienne est là pour nous donner raison, et « l'influence de l'exemple et de la préoccupation peut exalter certains esprits jusqu'au vertige et à la manie du crime (1). »

Bien des auteurs, et des plus autorisés, se sont depuis longtemps élevés contre cette tendance de la Presse. Tous les médecins qui se sont occupés d'aliénation mentale ont, par leur travaux, démontré tout le mal que le journalisme ainsi entendu peut causer. Pénétré nous-même de l'importance de cette question, nous ne craignons pas de joindre notre voix à la leur pour lutter contre cette désastreuse influence de la publicité à outrance.

Depuis un mois à peine, les journaux ont enregistré chaque jour des crimes inouïs : « c'est une épidémie », disent-ils, et en réalité ce n'est pas autre chose. A la lecture de ces faits divers, on est frappé de la similitude qu'on retrouve dans les moyens d'exécution. Il n'y a là rien qui doive étonner. Un homme que ses antécédents prédisposent aux affections nerveuses, peut renfermer, dans les replis les plus profonds de son âme, des passions terribles qui n'attendent qu'une occasion pour se faire jour.

La lecture d'un, de deux faits divers racontés avec les détails les plus circonstanciés, suffit pour faire éclater d'une manière irrésistible des passions jusque-là comprimées. Il lira d'abord, sans y attacher d'importance, le récit du crime, cette idée se représentera à lui, finira par s'imposer et, bientôt, malgré lui, fatalement, il accomplira un crime en calquant ses coups sur ceux dont le journal lui a dévoilé la justesse.

Avant de terminer, nous devons citer une appréciation juste, sincère, vraie, du mal qu'un journaliste peut causer.

(1) Appiano Buonafede. *Histoire critique et philosophique du suicide,* traduit de l'italien par Armellido et Guérin. Paris 1841.

Ce jugement, porté par un homme du métier, n'en a que plus de valeur.

Dans un article déjà ancien (1), intitulé « le héros du jour », M. E. Germain, après avoir raconté les faits et gestes d'un enfant de 16 ans qui a étranglé une bonne pour la violer, et qui a couché, bu, mangé, fumé deux jours auprès du cadavre, après avoir annoncé tout le bruit que la Presse allait faire autour de cet insensé, ajoute :

« C'est déplorable, mais c'est ainsi. Et il faut bien le dire, c'est de notre faute, à nous autres journalistes. Qu'un ouvrier chargé de famille s'exténue à travailler, et meurt à la peine ; qu'une jeune fille, forcée de reconnaître que le salaire des femmes est insuffisant pour les nourrir, si elles n'y joignent la prostitution, aille se jeter dans la Seine ; qu'un homme courageux au péril de sa vie, arrête un cheval emporté et sauve la vie à trois ou quatre personnes... nous leur marchandons quatre lignes perdues, noyées au milieu des *faits divers*. Mais, qu'un assassin accumule l'une sur l'autre toutes les horreurs du vice, et du crime, on lui donne la place d'honneur, on n'oublie pas une seconde de sa vie ; on le conduit minute par minute jusqu'à l'échafaud, jusqu'après l'échafaud même.

» Aussi, les voyons-nous en cour d'assises comme en place de la Roquette, bravant l'opinion, posant, *blaguant*, souriant à l'enthousiasme populaire qui palpite à chacune de leurs paroles ... oui, nous devons dire : *mea culpa*, car si une bonne fois nous consentions à faire le silence, à laisser sur ces infamies le voile qui devrait les recouvrir, si l'assassin savait que son crime sera expié comme il a été commis, dans la honte et dans l'ombre, peut-être ne s'exalterait-il pas tant ; peut-être reculerait-il devant l'acte odieux qu'il va accomplir. Au contraire, habitué à lire chaque jour les horribles détails dont les journaux sont remplis, familiarisé avec le sang, avec le meurtre, avec d'autres crimes plus hideux encore, s'accoutumant à ces idées, il finit — *pour peu qu'il ait le cerveau obtus ou malade* — par faire de ces rêves une réalité, et un beau jour, c'est lui, l'enfant de seize ans, ou l'homme de quarante ans,

(1) *La Gazette*, 7 avril 1876.

qui fournit aux chercheurs de nouvelles leur pâture quotidienne.

» Qui sait dans quel malsain fait divers, dans quel cynique compte rendu de procès scandaleux, le faune de Pontoise a puisé l'idée de sa bestiale et sanglante épopée ? »

Que l'on fasse des recueils spéciaux pour les besoins de la science et de la magistrature et du barreau, c'est évidemment fort utile ; mais que l'on ne mette point dans les mains de tous cet instrument de corruption morale.

L'idée du crime suivie ou non d'effet, comme tout autre idée morbide, ne doit pas seulement son origine aux causes prédisposantes dont l'hérédité est la plus importante. Restent les causes déterminantes, d'une très minime importance absolument insignifiantes dans l'immense majorité des cas, considérées en elles-mêmes et cependant, recevant à un moment donné une importance majeure, de leur rapprochement avec les causes prédisposantes, simple étincelle se transformant tout à coup par le contact en une explosion formidable. L'hérédité, sous toutes les formes, sous toutes ses métamorphoses, certaines dispositions organiques, constitutionnelles, diathésiques, etc., ont amoncelé dans le cerveau la matière explosible : un fait inattendu, une impression morale, une légère émotion dont la parole écrite ou parlée a été comme le fil conducteur, a mis le feu, et l'incendie s'en est suivie.

La vraie cause, la cause organique, est, nous le répétons, dans la prédisposition des individus, car cette prédisposition est déjà par elle-même un acheminement à la maladie et comme la phase initiale, la condition première, sans laquelle elle n'existerait pas.

La Presse n'a donc ici qu'un rôle de propagation ; c'est elle qui, comme nous l'avons dit, établit le fil conducteur qui va mettre le feu aux matières explosibles accumulées çà et là.

Mais on le voit, ce rôle est encore assez important, assez étendu pour que l'on s'efforce de l'atténuer le plus possible.

La chose est facile, assurément ; il serait absurde de penser que la liberté de la Presse, dont nous sentons le prix comme tout le monde, serait compromise un seul instant si elle évitait de tomber dans les dangereux abus que nous avons signalés.

Et, après tout, quand bien même le but serait difficile à atteindre, ne vaut-il pas la peine qu'on lui fasse quelques sacrifices ?

Pour voir s'arrêter cet accroissement effroyable d'attentats contre les personnes, pour mettre un terme aux ravages qu'exerce cette épidémie, le seul moyen vraiment utile est de *faire le silence le plus complet* autour de tous les crimes qui se commettent, ou, s'il faut absolument en parler, le faire en termes brefs, concis, avec une extrême réserve. *Sublutâ causà tollitur effectus*, a dit Hippocrate dans un de ses aphorismes bien connus.

A ce prix, nous sommes persuadés, non pas qu'il n'y aura plus de meurtres, ce serait une utopie, mais qu'ils diminueraient de fréquence, et cesseraient de jeter l'épouvante et l'effroi dans tous les rangs de la société.

POST-SCRIPTUM

M. E. Rostaud s'associe au vœu formé par le Dr Moreau, de Tours, et, pour atteindre le but désiré, indique, en dehors d'une réglementation légale, difficile, la possibilité d'une entente entre les journaux pour annoncer le plus sommairement possible les crimes ou suicides. Cette entente est pratiquement difficile, en raison des questions de concurrence. Elle est pourtant réalisable, puisqu'elle existe depuis deux ou trois ans en Suisse, à l'honneur de ce pays où l'initiative privée est si forte. — (Procès-verbal de la séance du 13 juin 1880. *Journal officiel* du 14 juin 1889).

D'un autre côté, M. le Dr Ward, de Montréal, en séance de la Société française d'hygiène nous a appris que cette question préoccupe vivement aussi l'Angleterre et que, dans ce pays, plusieurs journaux ont pris une décision analogue à celle de la Suisse. C'est avec une sincère et réelle satisfaction que nous avons recueilli ces renseignements ; ils confirment d'une manière éclatante notre manière de voir, partagée d'ailleurs par tous les honnêtes gens et les moralistes soucieux de l'intérêt commun, et nous font espérer que notre cri d'alarme ne restera pas sans écho.

Dr M., de T.

SUR LES

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'HYPNOTISME

Par TOCKASKY (de Moscou).

Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer les conclusions ci-jointes du D[r] Tockasky de Moscou, faites au dernier Congrès d'Hypnologie, et qui résument d'une façon parfaitement correcte nos idées personnelles, sur la valeur thérapeutique de l'hypnotisme, et les applications pratiques que l'on en peut tirer :

1° L'état hypnotique et la suggestion sont des agents thérapeutiques d'une grande valeur ;

2° L'état hypnotique et la suggestion ne peuvent avoir d'action que sur les maladies susceptibles de guérison, et il ne faut pas songer à employer l'hypnotisme dans les cas où il existe des lésions organiques. L'usage de l'hypnotisme ne peut être indiqué que chez les sujets qu'on a reconnus aptes à en éprouver les effets, car, il n'existe par actuellement de moyens capables de rendre tous les sujets accessibles à l'action de l'hypnotisme ;

3° Nous ne possédons pas davantage de moyen, nous permettant de déterminer d'avance le degré de susceptibilité hypnotique des divers sujets, le problème ne peut être résolu que par une première hypnotisation ;

4° L'hypnotisme est surtout indiqué dans les maladies fonctionnelles du système nerveux, alors qu'aucune lésion matérielle n'existant, le rétablissement de la fonction est possible. L'hypnotisme peut être alors considéré comme un moyen curatif radical ;

5° L'hypnotisme donne encore des résultats favorables dans des lésions locales où des troubles de la nutrition sont provoqués par un trouble des fonctions du système nerveux ;

6° L'hypnotisme, nous le répétons, reste impuissant dans les manifestations morbides résultant de la destruction d'un tissu. Cependant, quand en dehors des symptômes déterminés par la lésion matérielle, on en observe d'autres, liés à la perturbation des fonctions nerveuses il est possible de faire disparaître ces derniers par l'hypnotisme. C'est ainsi qu'on peut expliquer la guérison de certains symptômes paraissant dus à une lésion matérielle et qui étaient simplement des troubles fonctionnels surajoutés.

7° En dehors des cas que nous venons de mentionner, l'hypnotisme ne peut être appliqué utilement que pour combattre certains symptômes isolés : douleur, insomnie, etc.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Juillet 1891

Salle Andral (femmes).

N° 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

L'état général de cette jeune fille s'améliore toujours, elle a conservé toutes les forces qu'elle a gagnées dans les mois précédents.

N° 13. Alice F., 22 ans. *Hystéro-épilepsie.*

Cette jeune fille n'a eu que deux attaques dans le courant du mois de juillet, elles paraissaient être moins fortes que les précédentes, néanmoins elle a quitté le service pour aller passer quelque temps à la campagne.

N° 26. Léonie de B. *Hémiplégie gauche, strabisme œil gauche.*

Cette malade continue à aller de mieux en mieux, elle gagne beaucoup de force ; les transferts lui font beaucoup de bien, elle continue son traitement.

N° 17. Eugénie W. *Anesthésie de la sensibilité musculaire.*

La guérison s'est maintenue et cette malade va quitter le service.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens du service.

N° 2. Louis T., 2? ans. *Attaques d'épilepsie.*

Ce malade va mieux. Les crises sont moins fréquentes et plus courtes. Il a eu cinq crises en moins sur le mois précédent.

Il continue son traitement par le transfert.

N° 26. Henri D., 34 ans. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Il y a eu dans le courant de ce mois un léger changement spontané dans l'état de ce malade. Il ne pouvait pas bouger les pieds depuis 2 ans ; il a pu les faire manœuvrer ce mois-ci ainsi que les orteils. Il lui semble que la contracture de ses jambes devient un peu moins vive et le fait moins souffrir. On continue toujours l'électricité.

N° 11. Jean L., domestique, 25 ans. *Hémiplégie gauche, syphilitique.*

Ce malade après avoir fait quelques transferts et après avoir été soumis à l'action des miroirs a pu quitter le service très amélioré. Traitement par l'électricité.

N° 17. Jules P., 45 ans, marin. *Hystérie, action des causes morales, apparition et disparition subite des paralysies partielles fréquentes.*

Dans sa jeunesse, le malade n'a fait aucune maladie, quoique d'un tempérament très impressionnable.

Le 8 juin 1886 il fit une chute à la mer. A la suite de cette émotion violente il fut sujet à des vertiges qui l'obligèrent à quitter la navigation au long cours.

Il prit du service pour faire de petits voyages. Au retour d'un de ces voyages (en 1888) il apprit que sa femme et l'un de ses enfants avaient été brûlés vifs. Il crut qu'il allait devenir fou. Il resta plusieurs jours sans parler à personne. A cette époque les vertiges devinrent plus fréquents.

Au mois de mai de la même année, il quitta la navigation et il vint à Paris où il fut pilote sur la Seine. Il fut obligé de quitter car dès le mois de juin il fut atteint d'étouffements qui 2 ou 3 fois par jour lui faisaient perdre connaissance.

Un matin il se réveilla la main droite paralysée. Il entra à l'hopital où on le soigna pour une paralysie radiale. Il en sortit quatre mois après dans le même état. Le jour même il eut une très forte émotion et il fut guéri *subitement* de la paralysie de sa main. Mais un mois après la paralysie revint. Les étouffements persistaient, et il avait des hémorrhagies nasales.

Il entra en traitement à la Salpétrière. A cette époque il n'avait pas encore eu d'attaque d'hystérie.

Un jour il ressentit une vive douleur dans le côté gauche. Un externe l'examina et lorsqu'il toucha à l'endroit sensible, il lui provoqua une attaque d'hystérie qui dura 2 heures. Ceci se passait le 22 juillet 1889. Depuis cette époque, il a eu des attaques presque tous les jours.

Ce n'est que depuis 5 mois qu'il n'a plus d'attaque que tous les 8 jours, à moins de contrariété.

La paralysie de la main, revient quelquefois subitement, ou à la suite d'une attaque et s'en va de même.

Depuis un mois qu'il est dans le service, il est soumis à l'action des miroirs, et a fait quelques transferts ; il n'a eu que 3 attaques qui ont été moins fortes que les précédentes.

Consultation externe.

Sophie S., 59 ans. *Blépharospasme.*

Cette malade se considère comme entièrement guérie : et elle va cesser de venir à la clinique.

Mme F., 40 ans. *Névropathie, vertiges, idées mélancoliques.*

Cette dame qui est entièrement guérie vient de quitter le service pour aller à la campagne. Ce sont les transferts seuls qui ont pu la guérir ; — toutes les médications qu'elle avait prises jusqu'alors n'avaient amené aucun soulagement dans son état. Du jour où elle a commencé son traitement hypnothérapique elle a abandonné toute médication.

M. A. B., 52 ans, avocat. *Paralysie agitante, contracture du cou et bras gauche, émaciation considérable.*

Ce malade qui commençait par éprouver un très grand soulagement avec augmentation de force dynamométrique et qui avait déjà repris quelques forces, a été obligé de suspendre son traitement pour un voyage d'affaire obligatoire. Il doit revenir à la Clinique aussitôt son retour.

Edouard H., 45 ans, musicien. *Paralysie générale, douleurs névralgiques dans la tête.*

Ce malade qui a fait des transferts, et des applications des couronnes d'aimant, va beaucoup mieux. Ses douleurs de tête sont moins violentes, il parle avec plus de facilité. Il peut recommencer à jouer du violoncelle.

Il continue son traitement.

Constance V., lingère, 61 ans. *Paralysie agitante, mélancolie.*

Cette malade va un peu mieux, les idées deviennent moins tristes, les tremblements ont également diminué, elle part à la campagne.

Malades nouveaux.

Adrien G., 51 ans, affuteur. *Paralysie agitante. Syphilitique alcoolique.* (Service du Dr Desnos). — Guérison en une séance de transfert.

Aucun antécédent héréditaire.

Aucune maladie dans son enfance ; à 20 ans il contracta la syphilis.

Il a fait un grand abus du tabac et buvait beaucoup d'alcooliques et de l'absinthe en grande quantité, jusqu'à 12 petits verres par jour.

Il y a 5 ans il reçut à la suite d'une attaque nocturne, un coup de couteau dans la région temporale gauche et un coup de poing américain dans la région occipitale.

C'est depuis ce moment qu'il commença par éprouver des tremblements, qui allèrent toujours en augmentant.

Entré, il y a deux mois dans le service du docteur Desnos à la Charité, il fut amené le 20 juillet dans le laboratoire du docteur Luys, pour lui demander s'il pourrait essayer de le guérir, puisque tous les moyens employés en pareil cas n'avaient pas réussi.

On lui fit faire immédiatement un transfert qui fut pris immédiatement par le sujet transfert. Le lendemain il ne tremblait presque plus. Il revint en disant qu'il allait mieux. On continua, et actuellement après dix transferts environ, les tremblements ont complètement disparu.

Jean I., 62 ans, tailleur. *Angine de poitrine.*

Aucun antécédent héréditaire.

En 1881, pour la première fois, il devint malade à la suite de grands chagrins.

Il éprouva des suffocations et des vomissements après la plus petite fatigue.

En outre il éprouvait des palpitations du cœur. Dans les bras il avait des engourdissements.

Il n'a jamais eu de syncope. Il essaya plusieurs traitements entre autres l'électricité.

Ce dernier traitement l'a un peu soulagé.

Depuis quinze jours qu'il vient dans le service il va beaucoup mieux ; il fait des transferts. Il continue son traitement.

Pierre M., 27 ans, journalier. *Vertiges, paralysie de la jambe gauche.*

Père et mère bien portants ; mère nerveuse ; cinq sœurs et un frère tous un peu nerveux, mais en bonne santé.

Etant jeune il a eu des convulsions.

A 12 ans il eut la fièvre typhoïde.

A la suite il a eu une paralysie dans la jambe gauche qui a toujours persisté.

Quand il se fatigue un peu de trop, il est obligé de s'arrêter car sa jambe gauche l'empêche d'avancer ; en même tempe il est pris d'un tremblement nerveux dans tous les membres. Il perd connaissance et tombe n'importe où. Quelquefois cela dure 1 h., 1 h. 1/2.

On lui a fait prendre du bromure de potassium, mais sans aucun résultat.

Il donne 30 k. de pression à gauche et 35 k. de pression à droite.

Depuis qu'il vient dans le service, il est soumis à l'action des miroirs, et on va continuer.

Mme B., 32 ans. *Douleurs sciatiques, vertiges.*

Depuis 10 ans cette dame souffre de violentes douleurs dans la cuisse gauche et sous la plante du pied droit.

Elle avait en outre de fréquents vertiges.

Toutes les médications qu'elle a faites jusqu'à présent, hydrothérapie, bromures, etc., n'ont amené aucun résultat.

Elle a fait 20 séances de transfert et à constaté une amélioration notable. Elle pouvait marcher sans douleurs et se considérait comme en pleine convalescence au moment de son départ pour la province après environ trois semaines de traitement.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

MODIFICATIONS SURVENUES DANS L'ÉTAT DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE

A LA SUITE DE LA DISPARITION DE DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'EXCITATION PÉRIPHÉRIQUE,

Par J. Luys.

1° Examen du cerveau d'une amputée ;
2° — d'une femme sourde depuis 40 ans, avec atrophie des lobes occipitaux ;
3° — d'une femme amaurotique avec lésions frontales ;
4° — d'une femme atteinte de rhumatisme chronique avec soudure des jointures et impotente depuis un grand nombre d'années.

J'ai présenté, il y a plusieurs années, à la Société de Biologie (1) une série de cerveaux conservés destinés à montrer les modifications qui surviennent dans les différents territoires de l'écorce cérébrale, lorsque certaines régions du système nerveux périphérique viennent à disparaître ou à cesser de fonctionner pour une cause ou pour une autre. L'étude de ces questions a pris dans ces derniers temps une grande extension ; à mon avis, elle a subi une fausse direc-

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1876, juillet.

tion en voulant localiser la dissémination corticale des impressions visuelles, en particulier, dans les lobes occipitaux, suivant le mouvement faux communiqué depuis longtemps par Gratiolet.

Il y a là, à mon avis, une fausse piste suivie par les anatomo-pathologistes, et comme en ces questions le point capital est d'aborder des documents irréprochables, je rappelle actuellement des faits précis, dont les pièces conservées sont encore entre mes mains, et qui prouvent d'une façon indiscutable que les impressions acoustiques se disséminent spécialement dans les lobes occipitaux, et particulièrement dans les deux cunéiformes ; et que, d'une autre part, les régions frontales jouent un certain rôle dans les disséminations des impressions visuelles, puisqu'elles subissent l'atrophie, alors que les régions périphériques ont cessé de fonctionner depuis un certain temps.

La première communication a pour objet la présentation du cerveau d'une amputée. La malade dont il est question a eu la jambe gauche amputée au tiers supérieur, vingt ans avant sa mort, arrivée à l'âge de soixante-cinq ans.

A l'examen nécroscopique, on reconnut que le lobe droit était de 0 m. 01 en longueur plus petit que le lobe gauche, et que, d'une autre part, une atrophie très notable se faisait remarquer dans la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Celle-ci apparaît, en effet, sur la pièce présentée, très manifestement amaigrie, et offre, en arrière et en avant, deux sillons de séparation très notablement amplifiés. Cette atrophie de cette région spéciale de l'écorce cérébrale se révèle encore d'une façon bien nette en examinant le même lobe par sa face interne. On constate, en effet, au niveau du lobe paracentral une encoche bien nette avec résorption de substance nerveuse. Les autres territoires de l'écorce du même lobe ne présentent pas de modification très notablement appréciable.

J'ai fait encore remarquer, à propos des lésions d'origine périphérique qui se manifestent dans un lobe cérébral, que le lobe du côté opposé, précisément dans les points symétriques, présente des modifications apparentes concordant avec celles qui existent dans son congénère, mais à un moindre degré de développement. Ainsi, pour le cas en

question, le processus atrophique qui s'était localisé principalement dans la frontale ascendante du côté gauche et les régions environnantes, a porté son action du côté opposé et s'est révélé par des manifestations atrophiques similaires. Et, chose remarquable, c'est par l'intermédiaire des fibres commissurantes que cette modification de tissu s'est produite. Sur la pièce que j'ai présentée, en effet, on voit que l'épaisseur du corps calleux (fibres commissurantes) est très notablement amoindrie dans les régions qui correspondent à la frontale ascendante, si notablement diminuée de volume.

2° La seconde pièce est relative au cerveau d'une femme sourde, morte à soixante-quinze ans, et qui était sourde, paraît-il, depuis près de quarante ans.

Cette femme vivait parmi les pensionnaires de l'hospice et pourvoyait elle-même, comme toutes ses compagnes, à ses besoins journaliers ; elle allait, venait dans les cours sans aucune trace de paralysie. Elle était absolument sourde et n'entrait en aucune façon en communion avec ses semblables ; elle s'irritait souvent contre les personnes de son entourage, croyant qu'on lui adressait des injures ; et, après avoir fait deux fois par jour ses promenades dans la cour, elle rentrait, s'asseyait dans un coin, toujours le même, et s'absorbait dans la lecture de livres usuels. Entrée à l'infirmerie pour une maladie de poitrine, elle succomba très rapidement.

L'autopsie de l'encéphale fit constater les particularités suivantes : 1° une atrophie bilatérale notable des racines acoustiques, dont les fibrilles sont très délicates et grisâtres ; une atrophie similaire des fibrilles d'implantation des glosso-pharyngiens à droite et à gauche ; et, chose remarquable, la persistance notable, sous forme de tractus blanchâtres, de ces éléments nerveux décrits sous le nom de barbe du calamus. 2° L'examen du cerveau fit constater dans l'agencement des circonvolutions, des particularités insolites se manifestant d'une façon symétrique dans le lobe gauche et dans le lobe droit.

Ces particularités consistaient surtout dans ce fait que les deux circonvolutions frontale et pariétale de chaque lobe, au lieu d'être isolées l'une de l'autre, et d'être séparées,

comme cela a lieu ordinairement par toute la profondeur du sillon de Rolando, se trouvaient, au contraire, vers leur tiers supérieur anostomosées et reliées par un pont, véritable pli de passage, qui les faisait communiquer l'une avec l'autre.

Les deux pariétales étaient néanmoins toutes deux amaigries et les frontales, par compensation, relativement augmentées de volume. La frontale gauche était plus particulièrement interrompue dans sa continuité par une incisure.

La troisième circonvolution frontale gauche se présentait avec un caractère d'atrophie notable ; elle était quasi rudimentaire et privée des replis, qui la caractérisent si nettement dans les cas ordinaires ; elle était, en outre, séparée de la deuxième frontale par un sillon considérablement excavé. La deuxième et la première frontale dans le même lobe étaient également très peu onduleuses. Les mêmes régions, étudiées dans le lobe droit, se présentaient avec des caractères identiques. J'ai fait remarquer, en outre, que la circonvolution supplémentaire, dont j'ai entretenu précédemment la Société, n'existe nullement dans ce cerveau, et que les dispositions habituelles du pli courbe et du lobe occipital ne présentent pas de modifications bien notablement apparentes.

La troisième présentation, dans le même ordre d'idées, eut pour objet le cerveau d'une femme amaurotique.

Il s'agissait d'une femme âgée de soixante-six ans qui six ans avant sa mort, à la suite, disait-elle, d'excès de travaux de couture ayant nécessité qu'elle passât un grand nombre de nuits, perdit successivement l'œil droit et l'œil gauche, en même temps que des douleurs très vives se manifestaient dans la région frontale. Cette femme fut emportée par une maladie aiguë sans qu'on ait pu faire l'examen ophthalmoscopique de ses yeux, et voici ce que fit constater l'étude de son cerveau. Les nerfs optiques étaient très notablement atrophiés ; le droit était grisâtre ; les tubercules quadrijumeaux ainsi que les corps genouillés, également atrophiés. Il en était de même des couches optiques qui présentaient une teinte générale grisâtre sans que les noyaux se dessinassent d'une façon nette dans leur intérieur. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes,

sauf quelques étranglements manifestes surtout à la région supérieure de chaque pariétale, se présentaient dans leurs rapports habituels. Màis où j'ai constaté des particularités remarquables, ce fut dans les circonvolutions frontales. En effet, la première et la deuxième frontale à environ deux centimètres au-dessus de leur émergence du lobe sus-orbitaire présentaient des plaques ulcératives qui étaient constituées par un ramollissement très notable de l'écorce en ces mêmes points. Elles étaient entourées d'un réseau vasculaire très intense avec adhérence de la pie-mère aux tissus sous-jacents. J'ai fait encore remarquer, à propos de l'examen de ce cerveau, par comparaison avec celui de la sourde qui ne parlait pas, combien les troisièmes circonvolutions frontales sont nettement dessinées et abondamment pourvues de sinuosités, et signalé encore la profondeur du sillon interpariétal dans chaque lobe et les irrégularités de contexture de chaque deuxième circonvolution temporale, qui est bosselée le long de sa continuité et comme fragmentée en tronçons successivement placés les uns audevant des autres. J'ajoute que c'est actuellement là le troisième exemple que je rencontre de coïncidence de lésion frontale (ramollissement) avec altération de la vision.

4° La quatrième présentation concernait le cerveau d'une femme de vingt-huit ans, atteinte de rhumatisme chronique. Cette malade, qui avait commencé à subir les atteintes de son mal dans le courant de l'hiver de 1870, eut successivement toutes les jointures envahies, et, depuis trois ans, ses mouvements étaient devenus progressivement impossibles, si bien que cette malheureuse, immobilisée dans son lit, ne pouvait plus faire aucun mouvement spontané, si ce n'est quelques vagues ébauches de motricité avec ses doigts. Les articulations de l'épaule, de l'avant-bras, des hanches et des genoux étaient littéralement ankylosées, et, dans les derniers temps, celles de la mâchoire inférieure étaient pareillement envahies. Cette malade succomba aux progrès d'une endocardite chronique. Il est à noter qu'elle n'était ni sourde ni aveugle et qu'elle n'avait présenté aucune manifestation de paralysie ; son intelligence était intacte. Son cerveau préparé suivant les procédés habituels, présenta les particula-

rités suivantes : les circonvolutions frontales étaient très richement pourvues de sinuosités multiples, mais la pariétale ascendante, surtout celle du côté gauche, présentait des déformations véritablement tout à fait imprévues, que je n'ai pas encore rencontrées jusqu'ici. Ces déformations sont constituées par des renflements et des rétrécissements successifs le long de cette circonvolution, qui est ainsi tout à fait en dehors de sa configuration naturelle. La circonvolution similaire du lobe droit était bien moins troublée dans sa constitution.

Ainsi, en résumé, si la question des localisations cérébrales a fait ces derniers temps de très notables progrès, il est néanmoins prudent de mettre une certaine réserve dans ses affirmations, attendu que les faits connus ne sont pas encore en assez grand nombre pour qu'on puisse se prononcer définitivement sur leur valeur. Les faits que je présente aujourd'hui sont comme les amorces de voies nouvelles à créer dans cette direction ; ils sont destinés à montrer le parti que l'on peut tirer de l'étude de la suppression fonctionnelle de telle ou telle catégorie d'impressions sensorielles pour connaître quels sont les territoires de l'écorce qui peuvent, consécutivement, subir isolément la dégénérescence atrophique, et révéler ainsi leur signification physiologique.



SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 24 novembre.

Le Dr Nijegorodtzef fait une communication sur la « *Maladie des tics convulsifs* » *et astasie-abasie*. Le malade que l'auteur observe depuis 6 ans 1/2, présente des troubles psychiques et moteurs tout particuliers. Il ne peut rester sur place que très peu de temps et, contre sa volonté, se déplace incessamment. Au courant de la journée il effectue une série de mouvements inutiles et absurdes : marche en sautant, tourne sur place, s'assoie, se couche, etc..Tout mouvement associé est accompagné d'une convulsion clonique à laquelle succède une convulsion tonique. Au changement de position la contracture cesse ou faiblit. Le malade s'essuie constamment ses favoris, touche ses paupières, s'arrange, fait des mouvements de succion, lance à haute voix des sons inarticulés : a, e, o ; tousse convulsivement, etc. Au point de vue psychique le malade présente :

La koprolalie ; il prononce, involontairement, des mots obscènes dont il a conscience.

Une tendance à exhiber ses organes génitaux en présence des femmes et une propulsion irrésistible à satisfaire ses besoins naturels devant tout le monde.

Du côté des sentiments affectifs, — une irrascibilité allant jusqu'à la fureur. Impulsion irrésistible aux actes contraires aux convenances et aux mœurs ainsi qu'à sa propre volonté.

L'auteur conclut : 1) que la *maladie des tics convulsifs et astasie-abasie* est de nature convulsive et d'origine analogue à tout mouvement convulsif ; 2) que cette maladie se développe sur un terrain dégénératif et doit être considérée comme essentielle ; 3) elle est de même nature que l'affection décrite sous le nom de « latah, jumping. »

Le même auteur fait une communication sur *une forme spéciale de l'obsession des actes psychiques*.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, étudiant, qui à la suite d'un surmenage intellectuel, devint la proie d'un état psychique spécial. Il consiste en ce que l'imagination du malade est obsédée par une foule d'images et de scènes plastiques dont sa personnalité même est le centre. Ces images, assez

uniformes, passent lentement dans son esprit, et reviennent toujours les mêmes, avec une persistance désespérante. Le malade a conscience de son état et ne peut vaincre cette obsession d'images, malgré tous les efforts ; ce qui le met dans un état mélancolique avec idées persistantes de suicide. Pendant l'accès le malade est incapable d'aucun travail et fuit toute société. Une faiblesse des membres inférieurs avec flexion au niveau du genou et tremblement accompagnent toujours l'accès. Cette affection dura 3 à 4 ans et céda notablement au bout d'un an et 1/2 de traitement.

L'observation présente un intérêt parce qu'il s'agit d'une seule fonction psychique de l'imagination. Les faits de ce genre sont rares.

Le Dr Ignatieff présente *une statistique des aliénés en Russie.* L'auteur a pris pour base le nombre des jeunes russes libérés au conseil de révision pour idiotisme, imbécillité et aliénation mentale. Il conclut que le nombre d'aliénés en Russie d'Europe est de 86,000, c'est-à-dire 0,9 % de la population.

M. le Dr Epov fait une communication sur *la structure des nerfs périphériques.*

L'auteur s'est attaché à l'étude de la structure de l'enveloppe de myéline et du cylindre axe. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'enveloppe myélinique des nerfs périphériques est constituée par des couches stratifiées concentriques.

La stratification de la myéline a été attribuée à l'action de l'acide osmique, elle est cependant réelle ; l'auteur l'a constatée avec une méthode de coloration tout autre.

Le manchon myélinique est formé par la substance même du cylindraxe et non par le développement des noyaux de la gaîne de Schwann, comme le pense Ranvier.

Le cylindraxe occupe les 3/4 à 4/5 de l'épaisseur de la fibre nerveuse et non 6 1/5, comme on le croyait ; ce qu'il explique par l'action des sels chromiques.

La substance intermédiaire entre les fibrilles, dont est constitué le cylindraxe d'un nerf vivant est gélatiniforme.

L'auteur n'admet pas la présence d'axolème et attribue la striation du cylindraxe coloré par le nitrate d'argent, à l'action réfléchie de la lumière. Il pense que les fibres de Remax sont constituées, ainsi que les cylindraxes, de fibrilles.

(*Wratch*, 1891, n° 2).

Dr Targowla.



DU PROGRÈS DES APPLICATIONS HYPNOTIQUES

DANS

LE TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

C'est avec plaisir que nous voyons les méthodes de traitement dérivées de l'hypnotisme, gagner chaque jour du terrain et sortir du groupe de spécialistes où elles s'étaient cantonnées jusqu'ici pour se répandre dans le monde médical, aussi bien à l'étranger qu'en France.

Les observations relatant les succès obtenus grâce à ces méthodes, se font de jour en jour plus nombreuses et prouvent un réel désir d'arriver à éclaircir tout le bien que l'on peut retirer de leur emploi.

Les 3 observations suivantes recueillies dans les compte-rendus des brochures allemandes en font foi.

1° Dans le numéro d'avril du *Neurologische Centralblatt*, le Dr Nonne rapporte le cas d'un jeune typographe, âgé de 29 ans qui, eût à 7 ans des convulsions suivies de paralysie et de contracture des membres.

Guéri à 13 ans par l'électrisation, il eut à 22 ans des coliques saturnines. Enfin, à 29 ans on observe : diminution de la sensibilité du membre supérieur droit, paralysie de la main droite et parésie de l'avant-bras.

Peu après les membres inférieurs perdent leur sensibilité ; puis viennent des vertiges sans troubles mentaux ni symptômes morbides du côté des nerfs crâniens. Enfin la moitié du corps est presque insensible et les réflexes sont diminués.

Après diverses modifications dans son état, le malade reste définitivement paraplégié des membres inférieurs et paralysé de la main droite. Après un diagnostic erroné et un traitement de nul effet, la conservation de l'excitabilité électrique, la marche capricieuse des troubles de la sensibilité et surtout l'absence de troubles trophiques font porter le diagnostic de paralysie et d'anesthésie fonctionnelles.

Dès lors, traitement du malade par la suggestion hypnotique. Après lui avoir suggéré de remuer d'abord le gros orteil du pied gauche, puis chaque doigt de pied, et enfin le membre inférieur tout entier, avec un succès complet, en allant progressivement, on passe à la jambe droite avec un égal succès, puis au membre supérieur droit qui fut un peu plus long à

donner un résultat, vu l'époque ancienne de la paralysie. Enfin, la motilité rendue à tous les membres, on eut encore recours à la suggestion pour apprendre au malade à se tenir debout et enfin à marcher.

La guérison dure depuis plusieurs mois...

En dernier lieu l'auteur voudrait surtout attirer l'attention sur ce fait que certains caractères de l'hystérie ont fait défaut et en conclut qu'il ne faut pas prononcer à la légère le mot hystérie, lorsqu'on se trouve en présence de paralysies et d'anesthésies qui peuvent être mises sur le compte de névroses diverses ou d'intoxications chroniques telles que l'alcoolisme ou le saturnisme.

II. Dans les numéros de mai et juin du même journal, le Dr Jendrassick relate les résultats obtenus par lui au moyen de la suggestion hypnotique, dans certaines affections telles que : ivresse, anesthésies, paralysies, vésication, brûlures ainsi que des actes suggérés pendant le sommeil hypnotique et accomplis au réveil.

Mais ce qui est surtout intéressant, ce sont les phénomènes de transfert qu'il a observés. Ayant appliqué la lettre K. sur le bras droit d'un sujet sans que celui-ci la vît, et lui ayant suggéré qu'il le touchait avec un corps métallique chauffé, il vit la lettre K renversée (ꓘ) se montrer au bras gauche sous la forme d'une brûlure. Une autre expérience faite avec la lettre J produisit un résultat analogue, avec cette différence cependant que l'image n'était pas renversée, mais dans cette expérience le sujet avait vu la lettre.

L'auteur entre alors dans des explications sur le mode de production des phénomènes hystériques qui, d'après lui, ont pour cause la perte de conductibilité des fibres qui relient les cellules entre elles et la conservation de l'excitabilité chez ces dernières.

Il termine en insistant sur la différence qui existe entre l'hémianesthésie hystérique et celle d'origine organique, la première n'affectant pas une marche en rapport avec la structure du système nerveux central.

III. Dans les numéros de juin et juillet, le Dr Sperling apporte quelques conclusions tirées de la thérapeutique par l'hypnotisme. Après avoir démontré qu'on doit s'appuyer sur les résultats pratiques même en l'absence de toute théorie, il relate huit observations fort détaillées de crises convulsives,

paralysies de nature hystérique ou hystéro-épileptique traitées avec succès par la suggestion, et termine son travail par les observations suivantes :

1° L'emploi méthodique de l'hypnotisme comme moyen thérapeutique extrême est pleinement justifié.

2° Le médecin seul doit user de ce moyen.

3° Les médecins ne doivent pas abandonner ce moyen de guérison aux empiriques ou même à des mains inexpérimentées.

4° Interdiction des séances publiques d'hypnotisme afin d'éviter la vulgarisation de la méthode et les conséquences qui en découleraient.

5° Dans certains cas particuliers le résultat thérapeutique dépend : (*a*) De la précision de l'indication, (*b*) de la méthode employée, (*c*) de l'influence personnelle du médecin sur son malade.

6° Les variations inhérentes à chaque individu empêchent d'établir des règles générales pour l'emploi de la thérapeutique hypnotique.

7° L'auteur n'a constaté aucun inconvénient à cette méthode.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

ITALIE

Dispositions du nouveau code pénal relatives aux Aliénés

Celui qui, au moment où il a commis l'acte délictueux, se trouvait dans un état de trouble mental susceptible de lui faire perdre la conscience ou la liberté de ses actes, échappe à la sanction pénale ; si néanmoins le juge estime périlleuse la mise en liberté du prévenu acquitté, il le remet à l'autorité compétente, pour prendre à son égard les mesures nécessaires.

Lorsque le trouble mental, sans exclure absolument la responsabilité, l'atténue d'une façon notable, la punition est moins rigoureuse, et dans certains cas, un établissement spécial peut recevoir le condamné.

Quiconque prive indûment une personne de sa liberté, est frappé d'un mois à cinq ans de réclusion, et d'une amende de mille lires au plus : s'il s'est rendu coupable, pour le même fait, de menaces, sévices ou tromperie, ou bien a agi par esprit de vengeance ou de lucre, la peine s'élèvera de trois à huit ans de réclusion, et de cinq cents à mille lires d'amende. S'agit-il d'un ascendant ou d'un conjoint, d'un membre du Parlement ou d'un officier public, résulte-t-il une grave atteinte à la personne, à la santé ou à la fortune, la réclusion est alors de cinq à quinze ans, et l'amende de mille à cinq mille lires. La peine sera abaissée à la moitié, ou même au sixième, si le coupable rend spontanément à la liberté, avant tout acte de procédure, et sans nul dommage, l'individu séquestré.

L'officier public qui, abusant de ses fonctions, ou négligeant les conditions et formalités prescrites par la loi, prive une personne quelconque de sa liberté, est puni d'une détention de trois mois à sept ans, et aux cas prévus plus haut, de six à quinze ans.

Pour tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui délivre par complaisance un faux certificat, destiné à faire foi près de l'autorité, réclusion de quinze jours au plus, ou amende de cent à mille lires ; même pénalité pour celui

qui fait usage du faux certificat. S'il en est résulté, soit l'admission dans un établissement d'aliénés d'un individu sain d'esprit, soit tout autre dommage, la réclusion pourra s'élever de six mois à trois ans. Lorsque la pièce a été délivrée contre récompense, trois mois à deux ans de réclusion, et trois cents à mille lires d'amende ; confiscation de la récompense.

Quiconque, par imprudence, négligence, inexpérience dans son art ou sa profession, ou par non observation des règlements et de la discipline établie, est cause d'un décès, sera puni de trois mois à cinq ans de détention, et de cent à trois mille lires d'amende.

Celui qui occasionne des lésions physiques, des troubles de la santé ou de l'intelligence est frappé d'un mois à un an de réclusion, de un à cinq ans pour avoir produit un affaiblissement permanent d'un sens ou d'un organe, ou une difficulté persistante du langage, etc..., de cinq à dix ans pour une affection mentale ou physique incurable, la perte d'un sens, d'une main, d'un pied, de la parole, etc...

S'il n'en résulte pas de maladie ou d'incapacité de travail, ou que cette maladie et cette incapacité ne dépassent pas dix jours, la peine ne peut s'élever à plus de trois mois de prison, ou de mille lires d'amende.

Celui qui abandonne une personne incapable, par suite de troubles physiques ou mentaux, de pourvoir à ses besoins, ou dont il a la garde et le soin, est puni de trois à trente mois de prison, et s'il en résulte un grave dommage pour la santé, ou un dérangement de l'esprit, la réclusion peut s'élever de trente mois à trois ans.

Quiconque laisse errer des aliénés à lui confiés, ou ne donne pas avis immédiat de leur évasion à l'autorité est puni d'une amende de deux cent cinquante lires au plus.

Celui qui, sans prévenir de suite l'autorité, ou sans en obtenir l'autorisation nécessaire, reçoit en garde des personnes qui lui ont été déclarées atteintes d'aliénation mentale, est frappé d'une amende de cinquante à cinq cents lires, et, s'il y a lieu, d'un mois d'emprisonnement. Lorsqu'il s'agit du directeur d'un établissement d'aliénés ou d'un médecin exerçant son art, aux peines précédentes s'ajoute la suspension.

LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS LA PELLAGRE, ET LEURS RAPPORTS AVEC LES FAITS CLINIQUES,

Par le docteur ERNESTO BELMONDO,

Assistant à la Clinique psychiatrique de l'Université royale de Modène.

(Revista sperimentale di Frenatria e di Medicina legale.)

Nous ne ferons que résumer les conclusions de cet important travail, appuyé de vingt observations.

Dans la pellagre, lorsque la maladie est arrivée à un degré déjà avancé, il existe constamment des dégénérescences systématiques, combinées et primitives des cordons latéraux et postérieurs de la moelle. Dans le plus grand nombre des cas, la dégénérescence est plus accusée aux faisceaux pyramidaux croisés, et pour ceux-ci, elle est toujours plus avancée à la région dorsale. Dans un plus petit nombre d'observations le processus était plus sérieux pour les cordons postérieurs, et les altérations se voyaient alors surtout à la partie cervicale de la moelle, et au tiers supérieur de la portion dorsale.

Les lésions peuvent offrir des degrés différents ; pourtant lorsqu'elles se présentent sous l'aspect le plus grave dans les cordons postérieurs, elles n'atteignent jamais l'intensité que l'on observe dans le tabes avancé, au contraire, quand les altérations prédominent aux faisceaux pyramidaux elles affectent le tableau d'une sclérose latérale avancée.

Altérations constantes de la substance grise de la moelle consistant en une atrophie des cellules, une augmentation de leur substance pigmentaire, une diminution de leurs prolongements.

Lésions des méninges spinales. Les vaisseaux des méninges et de la moelle offrent des lésions, surtout pariétales, mais elles ne sont ni graves, ni constantes.

Cliniquement on observe chez les pellagreux des troubles sérieux et constants, principalement de la motilité et consistant en parésie, quelquefois même véritable paraplégie, en exagération du tonus musculaire et des réflexes tendineux, en tremblement et incertitude des mouvements dans les membres supérieurs.

Les troubles de la sensibilité existent bien chez les pellagreux, mais ils ne sont pas uniformes, et souvent même toutes les sensibilités sont normales.

La parésie des membres inférieurs, l'exagération du tonus musculaire et des réflexes, l'aspect caractéristique de la marche, le tremblement doivent être rapportés à la dégénérescence des faisceaux pyramidaux croisés, et en partie aux lésions de la substance grise.

Mais les altérations anatomiques ne concordent pas toujours avec l'observation clinique, par rapport aux fonctions sensitives et à la coordination des mouvements des membres supérieurs et inférieurs. L'auteur admet que dans la pellagre la dégénérescence des cordons postérieurs est un processus constant, mais que les manifestations cliniques n'en sont pas encore bien connues. Les altérations variables de la sensibilité, qui ne sont pas constantes, et consistent soit en hyperesthésie et analgésie, soit au contraire en diminution des sensations et de la douleur, se rapportent probablement à une inflammation des méninges spinales, et à des altérations des racines nerveuses et des nerfs périphériques. Lorsqu'aux désordres sus-mentionnés s'ajoutent des troubles mentaux, on peut supposer la participation à la maladie de l'écorce cérébrale.

Comme pathogénie des altérations spinales de la pellagre, l'auteur croit à une dégénérescence primitive simple des fibres nerveuses. Reprenant l'opinion soutenue depuis longtemps par Lombroso, il considère tous les phénomènes de la pellagre comme produits par l'introduction dans le torrent circulatoire d'une substance vénéneuse pour l'organisme, et particulièrement pour le système nerveux. Les faisceaux pyramidaux semblent être les plus sensibles à cette substance toxique. Quel est son mode d'introduction dans l'organisme ?

Le docteur Belmondo ne considère pas comme suffisamment fondée l'opinion de Lombroso et d'autres auteurs qui donnent comme étiologie de la pellagre l'alimentation par le maïs gâté. Il en fait une maladie infectieuse ; avec les aliments pénètrent des micro-organismes qui trouvent un terrain favorable de développement ; peut-être dans l'intestin leurs produits sont résorbés et versés dans le torrent sanguin, d'où lente intoxication générale.

Ce qu'on appelle le typhus pellagreux n'est pas une maladie ayant une autre origine que la pellagre chronique ; ce n'est qu'une forme aiguë. Les phénomènes nerveux prédominent ; symptômes de méningite spinale, avec rapide épuisement des forces et complète obnubilation de l'intelligence.

Le tableau symptomatique du typhus pellagreux, sa mar-

che, ses lésions anatomiques donnent une plus grande force à l'opinion que « la pellagre est une maladie générale et infectieuse ».

LES LÉSIONS RÉNALES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES ALIÉNATIONS MENTALES,

Par le Dr Giulio Vassale,

Médecin-prosecteur au Frenocome de Reggio-Emilia.

Note présentée au IVe Congrès de la Société fréniatrique italienne de Novare, le 13 *septembre* 1889.

Le docteur Giulio Vassale, ayant quitté l'Institut anatomo-pathologique de Modène pour entrer comme prosecteur au Manicome de Reggio-Emilia, fut vite frappé de la fréquence extraordinaire des altérations rénales constatées aux autopsies d'aliénés, par rapport au nombre relativement restreint des cas de néphrite chez les sains d'esprit, et en conclut à une relation intime entre ces lésions et les maladies mentales. Tantôt les troubles cérébraux seraient une conséquence de l'affection rénale, tantôt il y aurait concomitance et origine commune. La science possède en effet des observations nombreuses et bien établies de cas d'aliénation dépendant de l'intoxication urémique, et l'on peut consulter à ce sujet le travail du Professeur Hager (*Ueber Nierenkrankheiten als Ursache von Geisteskrankheit*). De même chez les aliénés qui, après une période plus ou moins longue de manie, versent dans la démence, et au bout de quelques années, succombent à une affection intercurrente, se trouvent souvent des lésions rénales chroniques, parenchymateuses ou interstitielles. Lorsqu'on ne peut expliquer ces altérations par l'âge avancé du sujet (rein sénile), ou par une intoxication chronique (alcool, plomb, mercure, etc.), ou quand on ne sait les attribuer à quelque grave maladie infectieuse (rhumatisme, scarlatine, syphilis, malaria), on est obligé d'admettre que le processus rénal dépend de la même cause que le désordre psychique. Le même agent toxique lancé dans le torrent circulatoire, qui a lésé le cerveau assez profondément pour produire l'atrophie et la disparition des éléments nerveux, a déterminé la destruction du parenchyme du rein, et la multiplication de ses éléments conjonctifs.

Les lésions rénales se rencontrent souvent dans la pella-

gre, la paralysie générale, et dans certains cas d'entérite catarrhale chronique fréquents dans les Manicomes.

1° *Pellagre.* — Dans cette maladie on trouve une forme de néphrite parenchymateuse chronique, caractérisée par la desquamation et la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des canalicules urinifères. La fréquence des lésions rénales chez les pellagreux avait déjà été constatée par Lombroso (*Sulla natura, causa e terapia della Pellagra, Bologna*, 1869).

2° *Paralysie générale.* — Souvent les paralytiques généraux succombent à une pyélonéphrite. Dans ce cas, il est difficile d'établir un rapport avec l'aliénation mentale, car l'origine peut être une cystite, par propagation, ou une eschare produite par un décubitus prolongé. Mais l'auteur a eu l'occasion de constater de graves lésions parenchymateuses chroniques du rein, chez des malades dont la nutrition était encore des plus satisfaisantes, et qui avaient été emportés par une attaque apoplectiforme au premier stade de la paralysie. Un de ces décès se produisit deux jours après l'admission au Manicome ; à l'examen anatomique, abstraction faite des lésions de méningo-encéphalite, on trouva un vif œdème cérébral accompagné d'une extrême dilatation des ventricules cérébraux, un œdème pulmonaire intense, et une néphrite. L'auteur, rappelle à ce propos, qu'au Congrès neurologique tenu à Washington en septembre 1888, Seguin, considérant la constance de lésions rénales plus ou moins graves constatées à l'autopsie des paralytiques généraux donnait à leurs attaques une origine urémique.

3° *Cas d'entérite catarrhale chronique observés dans les manicomes.* — Beaucoup d'individus présentant des formes différentes de folie, sont enlevés à la suite d'une diarrhée chronique. Cette diarrhée s'aggrave lentement, ou tout d'un coup ; il survient des accidents pulmonaires, et le malade meurt en collapsus ; ou bien il se produit, avec l'augmentation de la diarrhée, des ulcérations, soit de la dernière portion de l'intestin grêle, soit du gros intestin, d'où fièvre à courbe irrégulière, par résorption, accidents pulmonaires et mort en collapsus, comme dans le cas précédent. A l'examen anatomique, œdème cérébral, œdème pulmonaire aigu avec quelques foyers de broncho-pneumonie, hypertrophie du ventricule gauche, reins contractés. Ces lésions se rencontrent chez des sujets relativement jeunes, fréquemment chez les lypémaniaques

chroniques. Tandis que le système vasculaire ne présente pas trace d'artério-sclérose, le rein est granuleux, et l'on remarque parfois des hémorrhagies punctiformes sous-capsulaires dénotant un processus aigu de date récente. Le docteur Vassale ne prétend pas que la maladie mentale soit toujours en rapport avec un empoisonnement urémique chronique ; on ne saurait l'affirmer qu'après avoir suivi alternativement pendant la vie, l'évolution de ces formes de néphrite et pratiqué chaque jour l'examen des urines. Mais la connexion est évidente dans les quatre observations suivantes, appuyées de l'examen anatomique.

Première observation.

C. Luigi, 63 ans, journalier ; pas de tare héréditaire ; constitution saine et robuste ; entré au Manicome le 12 février, mort le 17. Quelques jours avant son admission, s'était trouvé subitement en proie à un profond égarement. Au moment de l'entrée, comprend à peine ce qu'on lui dit ; répond d'une manière confuse et incohérente ; parole peu nette et traînante, bon appétit ; ni érythème pellagreux, ni diarrhée. Le soir du 15 février, jour de l'admission, la température rectale est de 30° C., 60 pulsations ; le 16 au soir, 25°5 ; 40 pulsations. Le malade est dans un état d'inconsciense absolue. Dans la journée du 16, pas d'émission d'urine ; la matinée du 17, émission involontaire d'une faible quantité dont l'examen donne les résultats suivants : réaction légèrement acide, couleur normale ; densité 1016 ; peu de chlorures ; sulfates à l'état normal, peu d'urée et d'urates, flots d'albumine. L'examen microscopique du sédiment révèle une grande quantité de cylindres granuleux hyalins, épithéliaux et de cellules rénales en dégénérescence graisseuse, avec quelques leucocythes. A 9 heures du matin, température rectale 24° C.; pâleur extrême ; pouls à peine perceptible ; mort à 10 h. 40. Une demi-heure après la mort, la température est toujours de 24°.

A l'autopsie, tableau typique de l'urémie ; hydropisie des ventricules cérébraux, œdème cérébral intense : œdème pulmonaire avec foyer de broncho-pneumonie, légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur, mais état normal des orifices et valvules ; surface des reins irrégulière avec nombreuses dépressions cicatricielles dues à d'anciennes embolies ; hémorrhagies sous-capsulaires. La capsule adhérente se détache difficilement ; la substance corticale offre des stries jaunes en grand nombre, mélées à des stries rouges, avec quelques

points hémorrhagiques ; substance médullaire fortement rougeâtre.

A l'examen microscopique, l'épithélium des canalicules, surtout dans la substance corticale, présente une tuméfaction trouble ou une dégénérescence graisseuse, et même en certains points a complètement disparu. La lumière des canalicules est remplie de cylindres hyalins et d'amas granuleux ou granulo-graisseux, provenant de la destruction cellulaire. Dans les points correspondant aux dépressions, les glomérules sont atrophiés, ainsi que la plupart des canalicules ; infiltration de leucocythes.

2ᵉ *Observation.*

S. Pio, 41 ans. Entré au Manicome le 1ᵉʳ novembre, mort le 4. Pas de tare héréditaire ; constitution physique vigoureuse. Erythème pellagreux en 1887. S'est toujours livré aux travaux des champs ; depuis un mois seulement travaillait avec dégoût. Trois ou quatre jours avant son admission, devient tout à coup gai, bavard, et perd le sommeil ; il parle de soldats, d'enfants, veut enseigner à tout le monde les manœuvres militaires, rit, bat des mains. Le jour de son entrée, même excitation ; le soir bon appétit ; la nuit peu de repos malgré l'administration d'un gramme de chloral ; il se lève à tout moment et marche à tâtons dans l'obscurité, sans toutefois crier, ni frapper sur la porte. Le lendemain matin, il se tient debout avec assez de peine, chancelle, et cherche à s'asseoir sur le parquet. Pupilles égales fortement contractées, réagissant très peu à la lumière. La nuit, sommeil grâce à 1 gr. 50 de chloral. La journée du 3 se passe dans le même état de trouble mental ; le malade mange de bon appétit ; la nuit assez tranquille, sans ingestion de chloral. La matinée du 4, même désordre intellectuel. A toute question, il répond d'un air rêveur prononçant son nom. Les membres inférieurs deviennent de plus en plus faibles, et la marche est presque impossible sans aide.

Le matin, le malade prend un peu de café ; à midi il s'assied à la table commune avec les autres malades ; tout à coup il devient extrêmement pâle, et glisse de son banc ; il ne prononce aucune parole, et n'a pas de mouvements convulsifs ; mort après deux ou trois respirations bruyantes.

A la nécropsie : œdème cérébral, ventricules latéraux considérablement dilatés et pleins d'une sérosité limpide ; œdème pulmonaire intense avec nombreux foyers de bronchopneumo-

nie. Reins augmentés de volume ; petites hémorrhagies sous-capsulaires ; la capsule est adhérente en quelques points ; surface lisse et d'aspect jaunâtre ; à la coupe, la substance corticale présente une coloration jaunâtre avec quelques stries rouges ; la substance médullaire est rougeâtre.

Une petite quantité d'urine est extraite à la sonde aussitôt après le décès ; réaction légèrement acide, quantité abondante d'albumine, et nombreux cylindres granuleux et épithéliaux, avec des cellules rénales en dégénérescence graisseuse et de rares leucocythes et globules rouges ; poids spécifique 1816 ; très peu d'urée et d'urates.

Diagnostic : Néphrite parenchymateuse subaiguë. A l'examen microscopique des pièces durcies, l'épithélium, surtout dans les tubes contournés, est réduit à une masse de détritus granulo-graisseux ; dans la lumière des canalicules, nombreux cylindres, et en certains points amas de globules rouges extravasés. Dans les points où la destruction des canalicules est plus avancée, léger degré d'infiltration.

3e *Observation.*

V. Antonio, 63 ans ; pas d'hérédité morbide ; entré le 3 avril, mort le 11 ; constitution saine et robuste ; pellagre depuis quelques années ; érythème pellagreux depuis 40 jours ; légère diarrhée ; le trouble mental ne date que de 20 jours, et a débuté subitement par des idées de tristesse. Au moment de l'admission, aspect rêveur et stupide. Le jour suivant, la température est de 37°2 ; le 7 au matin, elle n'est que de 36°9 ; état mental confus ; le malade mange et boit assez bien ; dans la matinée du 9, température rectale 30°3 ; 75 pulsations. Le 10 avril au soir, température rectale 33°7. Le malade est dans le décubitus dorsal, hagard, toutes les parties du corps en contracture ; de temps en temps il pousse un cri, respirant la terreur. Comme il n'a pas uriné depuis la veille, on pratique le cathétérisme et l'on retire environ 300 grammes d'une urine légèrement trouble, dont l'examen donne les résultats suivants : réaction faiblement acide, poids spécifique 1012, albumine en petite quantité ; les principes salins et l'urée sont diminués d'une façon notable ; nombreux cylindres épithéliaux et granuleux et quelques cylindres hyalins et leucocythes dans le sédiment.

Le 11 au matin, température rectale 34°9 ; le malade est dans un grave état de prostration, et n'a presque plus la force de crier ; à midi, 34°7 ; mort à midi vingt.

A l'examen anatomique, tableau de l'urémie : reins augmentés considérablement de volume ; capsule très adhérente ; substance corticale d'aspect jaunâtre ; nombreuses stries jaunes dans la substance médullaire.

Diagnostic : Néphrite parenchymateuse subaiguë ; confirmée plus tard par l'examen microscopique du rein durci dans le liquide de Müller.

4e *Observation.*

B. Estella ; entrée le 6 août, morte le 19 ; 65 ans ; hérédité morbide douteuse ; les premiers symptômes psychiques ont un mois de date ; perte de la mémoire ; confusion dans les idées ; idées vagues de persécution ; vive altercation avec une autre femme. Au moment de l'admission, en proie à un accès de manie aigüe ; sitophobie, etc. ; on est obligé de la garder au lit ; vomissements fréquents. Emission d'urine involontaire ; réaction acide, poids spécifique 1014, très peu d'urée, grande quantité d'albumine ; nombre considérable de cylindres granuleux, épithéliaux et hyalins dans le sédiment. Mort le 19.

A l'examen anatomique, œdème cérébral, hydropisie des ventricules latéraux, œdème pulmonaire avec foyers de broncho-pneumonie. Légère hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur. Les reins, augmentés de volume, offrent une consistance plus grande qu'à l'état normal ; capsule adhérente en plusieurs points ; surface lisse, parsemée de points rouges sombres et de points jaunâtres. A la coupe la substance corticale est augmentée de volume, et présente un mélange de stries jaunes et rouges ; nombreuses stries jaunes dans la substance médullaire. A l'examen microscopique, on constate que l'épithélium des canalicules contournés est en grande partie détruit, et en beaucoup de points en proie à la dégénérescence graisseuse ; beaucoup de cylindres dans la lumière des canalicules ; en certains endroits légère infiltration, et petites hémorrhagies.

Diagnostic : Néphrite hémorrhagique avec poussée aiguë récente.

Dans ces quatre cas, le début de l'affection mentale coïncide sans doute avec le développement du processus rénal subaigu, ou l'exacerbation d'un processus chronique. On ne trouve pas, au point de vue clinique, les phénomènes classiques de l'accès d'urémie ; le désordre mental s'est développé à l'improviste, ou à peu près, isolé dans les trois premiers cas,

accompagné dans le dernier d'un symptôme urémique, le vomissement. A l'accès urémique, paraît s'être substitué un équivalent psychique.

L'examen des urines doit être recommandé pour tous les cas, si fréquents dans les manicomes, d'entérite catarrhale chronique ; car souvent les troubles intestinaux ne sont que les symptômes de lésions rénales chroniques.

L'hypertrophie du ventricule gauche se rencontre moins souvent chez les aliénés que chez les sujets sains d'esprit ; la cause en est peut-être que les aliénés présentent fréquemment, par suite d'une grave hérédité nerveuse, une constitution grêle, avec arrêt de développement des viscères et principalement du cœur, et sclérose du myocarde ; ou bien ils sont débilités par des intoxications graves, comme la pellagre ; la nutrition de l'organisme entier est altérée profondément et de longue date, et il manque au cœur les éléments nécessaires au développement de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Mais parfois le critérium fourni par l'examen des urines fait défaut, de même que le critérium clinique ; souvent il n'y a pas d'albumine, et le diagnostic ne peut aboutir qu'à l'aide du microscope, qui révèle la présence de leucocythes, de cylindres urinaires, et d'éléments épithéliaux propres à la dégénérescence graisseuse du rein.

Le diagnostic de néphrite chronique, parenchymateuse ou interstitielle, posé à l'aide du microscope, ne doit pas consister uniquement à établir la juste valeur de désordres psychiques, greffés bien souvent sur un fond névropathique, et résultant de l'empoisonnement urémique ; on doit se tenir en garde et songer à la possibilité de phénomènes aigus par insuffisance cardiaque, éclatant à l'improviste, ou survenant rapidement grâce à la lésion rénale préexistante.

Une étude faite à ce point de vue dans les manicomes, sur une vaste échelle, pourra peut-être produire un jour de féconds résultats.

DES EFFETS DE L'INJECTION INTRA-VEINEUSE DE SUC THYROIDIEN CHEZ LE CHIEN, APRÈS EXTIRPATION DE LA GLANDE THYROIDE,

Par le Docteur Giolo Vassale.

30 novembre 1890.

Les expérimentateurs s'accordent à reconnaître que le chien ne supporte jamais, ou presque jamais, l'extirpation du corps

thyroïde, pratiquée en une seule ou même en deux séances ; il succombe à des accidents plus ou moins aigus, où prédominent les phénomènes nerveux, respiratoires et cardiaques. Les statistiques chirurgicales prouvent également que l'extirpation totale du goître, toujours périlleuse chez l'homme, est bien souvent mortelle.

Eiselberg, assistant à la clinique du Professeur Billroth, établit dans un travail récent (*Ueber Tetanie in Auschlusse an Kropf Operationen, Wien, 1890*), que les conséquences graves de l'ablation totale du goître chez l'homme, sous forme de cachexie strumiprive, et plus fréquemment de tétanie, sont loin d'être rares, et que la plupart des cas, pour ne pas dire tous, où on ne les observe pas, tiennent à l'existence de glandes thyroïdes accessoires, ou à la subsistance de morceaux de goître ou de glande.

Donner aux animaux l'immunité contre les accidents de la thyroïdectomie totale, produirait d'importants résultats, et ouvrirait une voie nouvelle pour l'étude de cet organe. Déjà de nombreuses tentatives ont été faites.

Schiff, extirpant la glande thyroïde d'un chien, la transplantait dans la cavité péritonéale d'un autre de ces animaux, sur lequel il pratiquait, au bout d'environ vingt jours, la thyroïdectomie totale.

Fano et Zanda (*Contributo alla fisiologia del corpo tiroïde Arch. per le Scienze Medicale, 1890*) citent une thyroïdectomie totale chez un chien, après une greffe abdominale suivant la méthode de Schiff ; l'animal survécut sans phénomènes de cachexie strumiprive ; au bout d'un mois, splénectomie ; trois jours après, phénomènes peu intenses de cachexie strumiprive, qui durèrent cinq jours et disparurent complètement. Malheureusement l'autopsie de cet animal ne put être pratiquée.

Eiselberg rapporte deux expériences sur le chat, suivant la méthode de Schiff, avec mort à l'ablation subséquente de la glande. Il pratiqua également sur le chat treize thyroïdectomies en deux séances, de la manière suivante.

Après avoir enlevé une moitié de la glande thyroïde, neuf fois il la fixa par des points de suture chez le même animal, sur un repli du mésentère, et quatre fois entre le péritoine et le fascia transversalis. Dans une deuxième séance, il extirpa, sur les neuf chats opérés d'après le premier mode de transplantation, l'autre moitié du corps thyroïde, 3, 4, 4, 11, 11, 14, 15, 15, 21 jours après la première séance.

Huit chats furent emportés par des accidents de tétanie ; seul l'animal chez qui la seconde moitié de la glande thyroïde avait été enlevée 21 jours après la transplantation, survécut sans avoir présenté des phénomènes de cachexie strumiprive. On le sacrifia quatre semaines plus tard et l'examen des pièces injectées au bleu de Prusse démontra que la moitié greffée dans le mésentère avait pris parfaitement, et que sa vascularisation était normale.

Carle (*Ueber die Extirpation der Schilddrüse* 1888), dans des expériences analogues sur le chien, avait constaté la mort par cachexie strumiprive. Un seul chien se rétablit après des symptômes de tétanie, et 65 jours plus tard on remarquait, à l'autopsie de l'animal sacrifié, une cicatrice fibreuse correspondant à la glande transplantée dans le péritoine.

Sur les quatre chats opérés par Eiselberg suivant la deuxième méthode, c'est-à-dire par la greffe d'une moitié de la glande thyroïde sur la face externe du péritoine, entre cette séreuse et le fascia transversalis, deux furent emportés par tétanie après l'extirpation de la moitié cervicale ; et un autre survécut sans avoir jamais présenté de phénomènes de cachexie strumiprive. Dans ce dernier cas la seconde opération avait eu lieu neuf jours après la première ; l'animal fut tué au bout de trois mois et demi, et l'examen anatomique prouva que la glande greffée était organisée, avec sa structure normale.

Le D[r] Vassale s'est demandé si, grâce à l'injection intraveineuse de suc thyroïdien, il ne serait pas possible de produire chez les animaux une immunité absolue contre les effets de l'extirpation du corps thyroïde, les injections pratiquées précédemment sous la peau par Ewald avaient occasionné des accidents d'une durée de une à deux heures ; expérimentées chez le chat par Eiselberg, rien de semblable ne s'était produit.

Le D[r] Vassale prépare le suc de la manière suivante.

Les deux lobes de la glande thyroïde d'un chien une fois extirpés, il les plonge rapidement dans de l'eau distillée, stérilisée, les coupe en fins morceaux avec des ciseaux préalablement passés à la flamme et les réduits enfin en bouillie, au pilon, dans un mortier de verre, ou mieux de bronze. Il ajoute alors la quantité d'eau distillée, stérilisée, nécessaire pour l'injection. Le mélange est bien agité avec le pilon, et exprimé à travers un linge stérilisé ; on filtre le liquide exprimé sur du papier ou de préférence sur une toile épaisse lavée d'abord à l'eau distillée stérilisée.

Le mortier a été au préalable plongé longtemps dans l'al-

cool, puis lavé à diverses reprises à l'eau distillée stérilisée ; le filtre de verre a été stérilisé à sec, le filtre de papier ou de toile à la vapeur. La Pipette à ampoule d'une capacité de 50 c.c., a été stérilisée à sec ou directement à la flamme, ainsi que la canule à injection ; le tube de gomme élastique qui les joint doit avoir été longtemps immergé dans l'alcool, et lavé plusieurs fois à l'eau distillée stérilisée.

Les expériences du Dr Vassale datent du 18 août 1890, et sont au nombre de neuf, toutes sur des chiens. L'injection intra-veineuse fut faite, tantôt immédiatement après la thyroïdectomie totale, avec le suc thyroïdien de l'animal opéré, et dans le but de prévenir le développement de la cachexie strumiprive ; tantôt une fois cette cachexie bien établie, pour atténuer ses phénomènes, devenus menaçants. Dans un seul cas, l'expérience a été tentée sur un chien à l'état normal, afin d'en étudier les effets. Voici le résultat de ces recherches :

Sept fois, thyroïdectomie totale, préparation immédiate du suc, et injection dans la veine crurale. Trois des animaux opérés ainsi survécurent, deux d'entre eux sans avoir présenté les symptômes de la cachexie strumiprive ; le dernier après une légère dysphagie ; pour tous trois, la plaie cervicale guérit par seconde intention, et pour l'un d'eux à la suite d'une longue et abondante suppuration. Depuis l'opération, il s'est écoulé respectivement 104, 99, 96 jours, les animaux ont joui et jouissent encore d'un bien-être complet ; même vivacité, même intelligence ; augmentation du poids, et développement considérable du tissu adipeux. Ces animaux ont-ils échappé à la cachexie strumiprive parce qu'ils y étaient réfractaires, ou parce que l'injection intra-veineuse de suc thyroïdien leur avait conféré l'immunité ? La première hypothèse ne semble pas au Dr Vassale susceptible d'être prise en considération ; néanmoins, à l'autopsie, on recherchera soigneusement s'il n'y a pas autour de l'aorte des glandes thyroïdes accessoires, bien que l'existence de ces glandes ne suffise pas pour rendre les chiens opérés réfractaires à la cachexie strumiprive. Quant à affirmer que les injections ont procuré l'immunité, ses expériences ne sont pas encore assez nombreuses, et, pour se prononcer définitivement, il attend des recherches ultérieures.

Il peut néanmoins poser comme établi que les injections suppriment rapidement les plus graves et les plus menaçants phénomènes d'une cachexie avancée, et confèrent une immunité temporaire.

Il a réussi, chez l'un des chiens, à éloigner les accidents à trois reprises différentes ; la mort survint avant qu'on eût pu pratiquer la quatrième injection, par suffocation, à la suite d'une abondante pénétration d'écume dans l'arbre bronchique, au cours d'une violente attaque convulsive, tandis que l'animal était fixé, la gueule étroitement attachée sur l'appareil à vivisection. Chez un autre chien, la mort résulta d'une violente hémorrhagie secondaire, au moment même où les phénomènes de cachexie se dissipaient sous l'influence d'une injection intra-veineuse. Chez un troisième, on laissa se développer librement la cachexie strumiprive ; à la suite de l'injection, les graves accidents qui avaient réduit l'animal à un état voisin de la mort s'arrêtèrent, et il s'ensuivit un grand bien-être ; 54 jours se sont écoulés depuis, et le même état se maintient.

Les chiens qui, à la suite de l'injection, ont joui d'une immunité absolue par rapport à la cachexie strumiprive, présentèrent une réaction différente de celle des animaux chez qui cette injection ne réussit pas à prévenir les accidents consécutifs à la thyroïdectomie. Trois,en effet, sont restés indemnes ; chez deux d'entre eux on observa une diathèse hémorrhagique bien caractérisée ; les plus petits vaisseaux cutanés donnaient pour la moindre cause les premiers jours après l'opération, un sang rouge clair, très liquide ; sur l'abdomen, grosses taches hémorrhagiques. Le troisième n'a pas offert les mêmes phénomènes ; mais les ramuscules vasculaires des deux plaies laissent échapper, avec la plus grande facilité, un sang rouge vif. Quant aux trois autres animaux chez qui l'injection intra-veineuse ne parvint pas à empêcher l'invasion de la cachexie strumiprive,la réaction fut légère. Absence également de diathèse hémorrhagique pour les chiens chez qui l'expérience n'eut d'autre effet que de couper les accidents, et de procurer une immunité temporaire ; toutefois le sang veineux qui, au moment de l'injection, était d'un noir sombre comme de la poix, reprenait peu d'heures après sa couleur normale ; les conjonctives retrouvaient leur teinte habituelle, et rendaient à l'œil son expression de tranquillité relative.

Faut-il admettre que les globules rouges du sang perdent, à la suite de la suppression des fonctions du corps thyroïde, la capacité d'assimiler l'oxygène, et que l'injection intraveineuse du suc de cette glande leur redonne ce pouvoir, soit temporairement, soit d'une façon relativement durable par une modification chimique profonde et totale, et cela jusqu'au

jour où un autre organe assumera les fonctions vacantes, ou bien où des nodules accessoires de la glande thyroïde seront devenus par leur accroissement aptes à suffire aux besoins de l'organisme. La diminution d'oxygène dans le sang prend elle plutôt fin, parce qu'ont disparu les secousses tétaniques, et les troubles de la circulation et de la respiration ?

La disparition de l'hyperhémie neuro-paralytique de la conjonctive tient-elle à ce que le suc injecté agit directement sur les centres nerveux, les rappelant à leur excitation continue, tonique sur les vaisseaux ? Les injections ont-elles pour effet de rendre au système nerveux une substance nécessaire à sa nutrition, et d'agir sur l'écorce cérébrale et les centres de la circulation et de la respiration ? Le docteur Vassale ne se prononce pas encore, et pour asseoir un jugement définitif, attend des expériences ultérieures, plein de confiance dans l'avenir.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Août 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Nº 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

Cette malade continue toujours à s'améliorer ; les forces reviennent et le traitement par le transfert lui réussit très bien.

Nº 26. Léonie de B. *Hémiplégie gauche, strabisme œil gauche.*

L'état de cette malade s'améliore lentement. Elle continue son traitement.

Malades nouvelles du service.

Nº 17. Adine P., *Troubles nerveux multiples, goître, exophtalmie.*

Comme antécédent héréditaire, la grand'mère de cette malade avait un goître exophtalmique.

Dans sa jeunesse, elle n'a fait aucune maladie. Réglée à 12 ans, régulièrement avec peu de perte, elle ne tarda pas à éprouver quelques années après, des étouffements qui durèrent jusqu'à l'âge de 18 ans, époque où elle se maria et eut 2 enfants, et une fausse couche douloureuse. Elle souffrit, à la suite, de violentes douleurs de matrice. Jusqu'à l'âge de 30 ans, son état fut normal ; à cette époque elle eut une pleurésie et en même temps elle eut des pertes blanches, pour lesquelles elle a été cautérisée à 32 ans, à la suite d'un très grand chagrin, et de fièvres intermittentes ; il y a 8 mois, elle a eu cinq hémorrhagies utérines qui ont été arrêtées avec difficulté. Quelques jours auparavant, elle avait ressenti un point douloureux au cœur. En même temps que l'hémorrhagie, elle était prise d'étouffements et de battements de cœur ; elle resta 20 jours sans pouvoir prendre de nourriture. A la suite elle a eu de violents maux d'estomac.

A son entrée dans le service, elle se plaignait d'une sensation de froid dans la tête, avec des baillements fréquents, perte d'appétit et manque de sommeil. Elle avait des cauchemars aussitôt qu'elle s'assoupissait. L'auscultation du cœur fit reconnaître des

bruits sourds et faibles. Elle présente une tumeur thyroïdienne de volume moyen qui porte la circonférence du cou à 0,34. Elle n'en souffre pas. La tumeur n'est pas susceptible de se montrer par accès. Les forces de pression dynamométrique sont de 24 kilos à droite et 22 kilos à gauche. Elle a commencé le traitement par le transfert, qui, dans 2 séances, lui a donné un peu de sommeil et plus de calme.

N° 6. Marie G., 36 ans, culottière. *Migraines fréquentes, crises vertigineuses, somnambulisme ambulatoire.*

Aucun antécédent héréditaire. Pas de parents nerveux.

Dans sa jeunesse, pas de crises.

Depuis qu'elle a été réglée, à 12 ans, peu de pertes mais régulières; elle a eu des migraines. Il y a trois ans, elle a eu une première crise de nerfs sans causes connues. Les migraines cessèrent. Trois mois auparavant, elle avait fait une chute, et n'y avait pas pris garde. Dans la nuit elle a un cauchemar, puis à la suite, la crise vient. Elle se mord la langue et la salive devient abondante. Dans les premiers temps, elle avait 2 crises en trois mois, puis tous les 15 jours, principalement la nuit ; les crises sont accompagnées de perte de connaissance. Elle ne sait absolument pas ce qui lui arrive. Sa mémoire s'émousse de plus en plus. Elle a de la peine à réunir ses idées, sans émission involontaire d'urine. Il y a 3 mois. en marchant, elle a eu une crise de perte de connaissance. Elle était alors à Paris, rue Montorgueil, et elle fut prise subitement d'une perte de connaissance, elle marcha alors environ un quart d'heure sans avoir la moindre notion de ce qu'elle faisait, tout endormie, et se réveilla au niveau de la Samaritaine près du Pont-Neuf. Elle se remémora par la vue du Louvre l'endroit où elle se trouvait amenée sans le savoir. C'est la seule crise qu'elle a eue en marchant. Les crises devinrent plus fréquentes et à la suite elle devint temporairement sourde et privée de l'odorat. La perte de ses facultés s'accentue peu à peu. Depuis quelques années elle est obligée de porter des lunettes, car sa vue s'affaiblit. Malgré cela elle est calme. Elle a pris beaucoup de bromure qui n'a pas donné de résultat satisfaisant. Il y a quelques jours qu'elle est dans le service. Pas de céphalalgie. Elle a des troubles psychiques avec des idées noires, mais qui passent par moment. Elle a le sentiment du vague dans la tête. Les crises vertigineuses reviennent avant qu'elle soit revenue de l'étourdissement causé par la précédente. Elle est d'une sensibilité exagérée. Un rien lui provoque des suffocations et des hoquets.

Elle donne au dynamomètre 25 kilos de pression à gauche et à droite.

Le traitement qu'elle vient de commencer et qui consiste en l'application des couronnes d'aimants, l'a déjà un peu calmé. Elle n'a pas eu de crises depuis. Elle va continuer.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens du service.

N° 2. Louis T., 26 ans. *Attaques d'épilepsie.*

Ce malade va un peu mieux que le mois précédent ; il a eu moins d'attaques et elles sont moins fortes que précédemment. Même traitement.

N° 26. Henri D., 34 ans. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Le mieux persiste toujours chez ce malade, les mouvements des parties contracturées s'opèrent insensiblement, et l'électricité qui lui est appliquée lui fait le plus grand bien. On va continuer.

N° 17. Jules, 45 ans. *Hystérie, action de causes morales, apparition et disparition subites de paralysies partielles fréquentes.*

Depuis quelque temps, ce malade va beaucoup mieux, il n'a plus eu qu'une seule attaque dans le courant du mois, au lieu de 3 le mois dernier. La crise a été moins violente que la précédente. Le traitement n'a consisté que dans le transfert. Il continue encore.

Malades nouveaux du service.

N° 8. Charles C., 30 ans, ajusteur. *Douleurs violentes de tête.*

Il est né de parents nerveux, 2 de ses frères sont nerveux, et il a perdu 2 sœurs qui étaient hystériques.

Pour la première fois en 1884, il a été malade. Il a eu une pleurésie et en 1890 une gastrite dont il se ressent encore. Pas de syphilis antérieure.

Il y a un an, il commença par ressentir un engourdissement dans le pied gauche principalement, puis tout le côté fut pris. Sa vision s'affaiblit, il a des troubles de la vue, il voit toujours du vert et du jaune, ainsi que des étoiles qui sautillent. Il souffre beaucoup dans les régions temporales. La nuit, son sommeil est agité. Il a des cauchemars, il se voit tomber dans des précipices. Il donne 28 kilos de pression à gauche, et 40 à droite.

Il s'est soigné jusqu'à présent par le bromure, qui n'a pas amené de soulagement. On va le soumettre à l'action des miroirs rotatifs.

N° 7. Joseph M., 42 ans, employé de bureau. *Hallucinations, troubles sensoriels, syphilis antérieure.*

Son père et sa mère sont nerveux, il a un frère et une sœur qui sont bien portants et pas nerveux.

Il a eu des convulsions d'enfance.

A 18 ans, il eut la flèvre typhoïde, puis la syphilis à 20 ans, avec accidents secondaires. Il souffrit de la tête à crier nuit et jour pen-

dant deux mois. C'était surtout dans les oreilles que la douleur était violente.

En 1886, il eut des croûtes syphilitiques au nez qui durèrent pendant six mois. A la suite de cela il commença par entendre des voix. Par moment, lorsqu'il n'est occupé à rien, il croit qu'une personne lui adresse la parole. Il se retourne et entend la réponse à la question posée. C'est souvent la répétition d'une conversation qu'il a eue avec une personne. C'est surtout la nuit quand il est éveillé qu'il entend ces voix. Il attribue ces troubles cérébraux à de grands chagrins.

La moindre émotion le fait tomber en défaillance, il a souvent des vertiges.

Depuis qu'il est dans le service, on est obligé, pour provoquer le sommeil, d'avoir recours au chloral et à la morphine. Il prend des bains d'une heure. On lui fait l'application de couronnes d'aimant.

Il commence à éprouver un peu de soulagement.

Nº 29. Jean M., 49 ans, polisseur de métaux. *Paralysie agitante.*

Pas d'antécédents héréditaires.

A 6 ans, il a eu la petite vérole.

En 1871, le scorbut. Pas d'autre maladie.

Il y a 3 ans 1/2, il était établi et il fit des pertes considérables qui le ruinèrent et il en conçut un très grand chagrin. Au bout de 6 mois, il éprouva un tremblement dans tout le côté gauche qui devint de plus en plus intense. Il ressentit des douleurs violentes dans la tête et dans les reins, ainsi que dans les genoux. Il fut traité et guéri de son tremblement, et c'est pour une récidive qu'il vient se faire traiter dans le service. Le tremblement n'existe que dans la main gauche, il est de médiocre intensité.

Depuis qu'il est dans le service, on l'a soumis au traitement par les miroirs et le transfert qui l'ont déjà soulagé.

Consultation externe.

Edouart H., 45 ans, musicien. *Paralysie générale, douleurs névralgiques dans la tête.*

Ce malade est dans un état très sensible d'amélioration. Il parle plus facilement et continue à jouer de son instrument, ce qu'il ne pouvait pas faire il y a quelques semaines. Les douleurs de tête sont moins violentes, et plus aussi fréquentes. Il va se reposer pendant quelque temps.

Adrien G., 51 ans, affuteur. *Paralysie agitante. Syphilitique alcoolique* (service du Dr Desnos).

Ce malade, qui a encore fait quelques séances de transfert pour confirmer sa rapide guérison, est entièrement rétabli; il va pouvoir quitter le service.

Jean I., 62 ans, tailleur. *Angine de poitrine.*

Ce malade va mieux, il a plus de facilité pour respirer. Les engourdissements du bras sont moins fréquents. Il continue le traitement par le transfert.

Pierre M., 27 ans, journalier. *Vertiges, paralysie de la jambe gauche.*

Ce malade, qui a été soumis à l'action des miroirs rotatifs, va beaucoup mieux, il n'a plus de vertiges, la jambe seule est dans le même état. Il avait des douleurs de tête qui ont disparu également. Il va continuer son traitement.

Malades nouveaux.

Mme F., 51 ans. *Toux spasmodique d'origine laryngée, arrivant par saccade. Guérison très rapide.*

Il y a quatre ans, à la suite de la perte de sa fille, elle en éprouva un très grand chagrin et devint très nerveuse. Elle pleura beaucoup avec serrement de cœur. Il y a 2 mois 1/2, elle a eu une très forte bronchite. 5 ans auparavant, elle en avait déjà eu une qui avait été bien guérie.

Elle avait été toujours d'un bon tempérament.

Les 3 années 1/2 qui suivirent la mort de sa fille, elle avait de violentes douleurs de tête. Elle a été réglée à 10 ans, très irrégulièrement jusqu'à 40 ans. A cette époque, elle a eu 2 enfants, et les règles devinrent régulières et abondantes, 5 ou 6 jours chaque fois. Son appétit est normal.

Le sommeil est irrégulier, interrompu par des accès de toux.

Cette malade est atteinte de violents accès de toux presque incessants, qui se présentent par crises successives durant quelquefois jusqu'à 8 heures consécutives. C'est une véritable toux laryngée spasmodique, se répétant la nuit et ne lui laissant aucune tranquillité. Elle est anhélante et dans un grand état de souffrance et d'abattement. Depuis deux mois, cette situation poignante s'est perpétuée, et aucun agent thérapeutique employé n'a été efficace.

Les forces dynamométriques sont de 20 kilos de pression à gauche et de 26 kilos à droite.

Tout de suite on la met en transfert avec Béatrice, sujet transfert du service, qui prend instantanément l'accès de toux. Dans la journée, la malade sent un soulagement. Après quelques autres séances, elle va bien et les accès ont presque entièrement disparu. Elle a pu, au bout de 10 transferts, partir à la campagne pour achever sa guérison.

L'amélioration très nette obtenue instantanément, est une preuve nouvelle des plus convaincantes de l'efficacité indéniable de la méthode des transferts pour la guérison de certaines névroses réfractaires aux traitements habituels.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

LA DYSPEPSIE DES LYPÉMANIAQUES

SES CAUSES. — SON TRAITEMENT

Par le docteur H. Guimbail.

Tous les médecins aliénistes savent combien sont graves et rebelles les dyspepsies qui accompagnent si souvent l'état de mélancolie ou de stupeur chez les malades de nos asiles.

Nous nous sommes tous trouvés aux prises avec ces désordres gastro-intestinaux ordinairement anciens, venant compliquer un état mental toujours sérieux, et il faut avouer, avec sincérité, que les procédés thérapeutiques mis en œuvre, jusqu'ici, dans le but de les combattre, sont infidèles et parfois dangereux.

Le plus souvent, ces désordres se sont développés avant l'arrivée du malade à l'asile. On nous l'amène justement, parce que pris, sous leur influence d'une invincible anorexie, il refuse de s'alimenter et que malgré les objurgations de son entourage, les sollicitations sans cesse renouvelées, il en est arrivé à ne plus rien avaler, au point que l'inanition, trop prolongée, est devenue une menace pour ses jours.

La tâche du médecin d'asile n'est pas des plus faciles à

ce moment. Il se trouve en face d'un malade vis-à-vis duquel tout raisonnement échoue. Prières, menaces, promesses, intimidation, rien n'y fait. Comment en serait-il autrement alors que le mauvais vouloir du patient, invoqué à tort, n'est pour rien dans son refus absolu de s'alimenter et que l'anorexie complète dont il fait preuve n'est que la rigoureuse conséquence et l'expression de modifications profondes de tout le système digestif, depuis les premières voies jusqu'à ses extrêmes limites.

Examinons-le de près, ce malade dont la sensibilité est si troublée que la sensation de la faim a cessé d'exister, pour lui, d'*une façon absolue*, et toute différente de ce que nous ressentons, nous, lorsque nous affirmons que l'appétit nous fait défaut.

Ses lèvres sont fuligineuses, ses gencives saignantes et fongueuses ; sa langue aux papilles saillantes, aux bords crénelés, est sèche, râpeuse, avec, parfois, un commencement de nigritie. On dirait l'aspect d'un typhique.

Si nous pénétrons plus avant dans l'étude clinique des désordres de ses fonctions digestives, nous arrivons à les rapporter à trois chefs principaux : désordres nerveux atteignant la motricité de l'estomac — modifications chimiques du suc gastrique — développement de toxines dans la cavité stomacale.

Mon but n'est pas de présenter au lecteur, dans cette courte étude, une description complète et méthodique des désordres gastro-intestinaux dont souffrent les lypémaniaques. Aussi ne m'attacherai-je pas trop à suivre, à la lettre, ce plan, dont le développement m'entraînerait dans des considérations trop étendues.

*
* *

Il est très vraisemblable que les altérations nutritives profondes du système nerveux central qui provoquent l'apparition du délire mélancolique, d'une part — et d'autre part les préoccupations morbides du malade, l'absorption de sa pensée par de perpétuelles hallucinations, entrent comme autant de facteurs importants dans le développement des troubles multiples qui frappent son appareil digestif.

Toutes les fonctions de son économie participent à l'ébranlement de son cerveau : elles sont ou ralenties ou suspendues. Elles semblent frappées d'une sorte d'inhibition qui n'est pas sans quelque analogie avec ce qui se passe chez les animaux en état d'hibernation.

Les sécrétions, surtout, paraissent primitivement atteintes : elles sont vite frappées tant dans leur abondance que dans leurs propriétés chimiques et dans leur aspect. Leur odeur générale est presque pathognomonique ; elle se retrouve partout, et même elle imprègne le linge des malades et les locaux qu'ils habitent d'un relent particulier qui rappelle assez exactement celui de la souris.

La peau est sèche, rugueuse : elle a perdu sa souplesse et sa moiteur habituelles. Sa sensibilité est, le plus souvent, éteinte à tous les points de vue : les sensations de température, de tact, de douleur n'existent plus. L'analgésie en est si complète, parfois, que les malades restent impassibles aux pincements, aux déchirures et même aux opérations superficielles pratiquées avec le bistouri.

La conjonctive participe à cette anesthésie : on peut l'exciter, la pincer, sans provoquer le moindre réflexe pénible. Détail réaliste, mais qui a sa valeur démonstrative au point de vue spécial qui nous occupe : les mouches viennent s'abreuver tout à leur aise au niveau du bord libre des paupières, sans déterminer la plus légère réaction douloureuse, sans même provoquer la sensation de chatouillement. La sécrétion lacrymale n'existe plus. Les lypémaniaques au milieu de leurs plaintes, gémissements et sanglots, gardent leur œil sans une larme.

La sécrétion salivaire semble tarie : la petite quantité de salive émise est visqueuse, épaisse, dépourvue de diastase et par conséquent impropre à la digestion des aliments. Voilà une cause très importante de dyspepsie ; on pourrait l'appeler : dyspepsie buccale.

Nous la trouvons souvent dans la vie ordinaire. C'est à elle qu'il convient, dans certains cas, d'attribuer les troubles digestifs présentés par ceux qui ont la funeste habitude de se livrer, pendant les repas, à une lecture absorbante, ou dont le repos de l'esprit, le calme nécessaire sont troublés, à l'heure de la table, par quelque accident passager : chagrin,

émotion — ou permanent, tel que la présence ordinaire d'un commensal antipathique.

Dans ces cas, la sécrétion salivaire se trouve abaissée à son minimum. Il en est de même, chez nos mélancoliques, dont les préoccupations vésaniques, les sollicitations morbides de leur cerveau, sous la forme habituelle d'hallucinations terrifiantes, absorbent toutes les forces vives de la vie végétative, et, en particulier, la puissance sécrétoire des annexes du tube digestif.

Le suc gastrique, les sécrétions intestinales sont rares et privés de ferments : le foie, le pancréas restent silencieux.

La masse alimentaire n'est plus attaquée : elle est soustraite aux réactions physiologiques qui sont appelées tant à préparer l'assimilation de la partie qui sera absorbée, qu'à prévenir la décomposition putride de l'autre partie, de celle qui doit cheminer le long du tube intestinal pour être éliminée.

De plus, le défaut de contractilité gastro-intestinale produit l'arrêt de matières éminemment putrescibles qui ont ainsi le temps de subir des altérations anormales, et de se transformer, finalement, en autant d'éléments toxiques pour l'économie.

Ainsi se trouve développée et s'aggrave rapidement, une sorte de septicémie plus redoutable qu'on ne pense, vis-à-vis des éléments nerveux, sur lesquels elle agit *en retour* comme un poison direct et éminemment dangereux.

Véritable auto-intoxication, elle est suffisante à entretenir le délire : pour moi, elle est même susceptible de le produire, primitivement, à elle seule, bien que cette théorie de la folie infectieuse, toxique, soit encore à l'état d'hypothèse et que je la hasarde avec une grande réserve.

Elle nous ramène à l'ancienne explication de la pathogénie des délires apyrétiques : les humeurs peccantes deviennent ainsi les microbes, dans notre langage scientifique moderne ; les humeurs atrabilaires portent désormais le nom de toxines ou alcaloïdes de la putréfaction. Les mots seuls ont changé, les altérations du chimisme gastro-intestinal avaient été entrevues, depuis plusieurs siècles, non seulement dans leur essence, mais aussi dans les troubles fonctionnels dont elles deviennent la cause.

Ce n'est pas seulement le chimisme gastro-intestinal qui est atteint, dans la dyspepsie des mélancoliques. La motricité des organes de la digestion se trouve également frappée. Tantôt la couche musculaire reste inerte, en état de pseudo-paralysie, tantôt ses contractions réflexes s'exagèrent ou se pervertissent, donnant ainsi naissance au vomissement, quelquefois au mérycisme qui est loin d'être une exception, chez les lypémaniaques.

On assiste, dans ce cas, à ces contractions spasmodiques, à ces contractures douloureuses qui rendent la région épigastrique de nos mélancoliques si sensible que le moindre contact y est péniblement perçu.

Il n'est pas jusqu'au diaphragme, — cette *Presse abdominale*, comme l'appelle Spring — qui ne vienne, lui-même, aider au vomissement ou le provoquer de toutes pièces. Il est souvent, chez le mélancolique, le siège d'un réflexe, ayant pour point de départ le tube digestif — réflexe qui détermine un spasme fonctionnel, chaque fois que les aliments viennent au contact de l'estomac.

Quelques troubles de la sensibilité viennent compliquer, encore, cet état à l'allure si inquiétante. Le mélancolique éprouve, souvent, soit au moment où les aliments arrivent en présence de la muqueuse stomacale, soit quelque temps après le repas, une sensation désagréable, variable suivant les sujets, qui acquiert parfois une grande intensité, se transforme en douleur, quelquefois intolérable, ayant pour siège tantôt la région dorsale, tantôt l'extrémité inférieure de l'œsophage (cardialgie).

On rencontre, fréquemment, cet état douloureux dans les périodes prémonitoires de la lypémanie : on pourrait presque le considérer comme un prodrome obligé de cette forme d'aliénation mentale. Son importance est considérable, en ce sens qu'il devient le point de départ d'une série de conceptions morbides. Il sert de base au malade pour l'édification de manifestations délirantes et est suffisant, d'autre part, à provoquer et entretenir la sitiophobie.

A un autre point de vue, cette importance peut être aisément démontrée. Au début des accidents lypémaniaques, le médecin, consulté dans le but de combattre cette sensibilité de l'innervation gastrique, n'hésite pas, ordinairement, à

prescrire des calmants de toute nature. L'action de ces drogues, absorbées, le plus souvent, sans discernement, sans mesure, peut être passagèrement, utile. Elles tendent toutes, en dernière analyse, à diminuer le réflexe sécrétoire et leur résultat ultime est de restreindre le champ des oxydations alimentaires.

Enfermé dans ce cercle vicieux, l'infortuné malade en arrive fatalement à ne plus manger pour ne plus souffrir. Heureux encore quand, poussé, hors de lui, vaincu par la souffrance, il ne demande pas, à une mort prématurée et violente, la fin de ses maux.

Si, en proie à cette impulsion, il en arrive à absorber un poison, s'il amène au contact de son estomac une substance toxique, irritante, la dyspepsie, aggravée subitement, voue à jamais le mélancolique, même s'il guérit de ses désordres psychiques, à une incurable gastrite.

En face d'une situation aussi alarmante, le médecin aliéniste doit oublier un peu ses tendances trop spécialisées. Laissant de côté l'expression du délire, il convient de diriger toutes les ressources de son art vers ce but unique : le rétablissement rapide des fonctions digestives. Quand il l'aura obtenu, l'équilibre intellectuel reparaîtra ou, dans tous les cas, il sera temps d'instituer, en vue de l'obtenir, un traitement méthodique.

Trois indications se présentent, en face des perturbations profondes des fonctions digestives, qui accompagnent l'état lypémaniaque : modifier les milieux liquides de la digestion ; éliminer ou neutraliser les toxines produites sur place ; provoquer une révulsion totale ou partielle qui stimule les fonctions générales et, en particulier, les sécrétions diverses qui rendent les aliments assimilables.

Il est temps de faire pénétrer dans la pratique ordinaire de la psychiatrie ces médications antiseptiques nouvelles, dont les résultats sont indéniables et qui touchent, dans certains cas de guérison rapide, obtenue par elles, au merveilleux.

La thérapeutique s'est enrichie, depuis quelques années, d'une série d'agents antiseptiques dont l'absorption n'entraîne aucun inconvénient, qui neutralisent admirablement

les fermentations putrides du tube digestif, et détruisent localement, les éléments septiques qu'elles ont engendrés.

On a vanté dans ce but le charbon de Belloc. Il eut son heure de célébrité. Bouchard a démontré que s'il enlevait aux garde-robes leur odeur infecte, le pouvoir toxique des déchets de la digestion ne se trouvait pas atténué.

Le docteur Dujardin-Beaumetz préconise le salicylate de bismuth dont les propriétés antiseptiques sont incontestables, mais qui a le tort d'amener la constipation.

Le naphtol est très employé, je n'ai eu qu'à me louer de son usage, chaque fois que je l'ai expérimenté sur des lypémaniaques atteints de graves désordres digestifs. Il y en a deux sortes : le naphtol A, plus soluble, mais plus irritant, le naphtol B, inoffensif. C'est de ce dernier que je me suis toujours servi, à raison de 3 gr. par jour administrés en trois doses égales.

Depuis quelques mois, on vante beaucoup le salol, qui est un salicylate de phénol ; il faut savoir, quand on l'administre, qu'il ne se décompose en acides phénique et salicylique que dans les milieux alcalins, d'où la nécessité de ne jamais le prescrire seul, mais associé à du bicarbonate de soude.

A l'aide de ces agents divers les fermentations putrides intestinales cessent de se produire : les garde-robes perdent rapidement leur odeur infecte. Les sécrétions reprennent vite leur cours habituel, la bouche devient humide, la salive abondante, la langue normale.

A ce moment, l'emploi des laxatifs est indiqué : je donne la préférence à l'eau d'Hunyadi-Janos, administrée à la dose d'un verre ordinaire, et poussée dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

Quant au régime alimentaire, il est forcément borné aux aliments liquides qui seuls peuvent franchir la sonde.

On évitera, avec soin, les graisses, l'huile, les peptones, le jus de viande, le bouillon, les gelées, et en général toutes les substances renfermant des toxines ou susceptibles d'en développer rapidement.

Le lait formera la base de l'alimentation : aliment et médicament, tout à la fois, il sera employé pur ou associé à des jaunes d'œufs. J'insiste particulièrement sur le rôle

nutritif du jaune d'œuf bien mis en lumière par le professeur Bouchard.

Il renferme, condensés à l'état de *lécithine*, des matériaux organiques de premier ordre pour la reconstitution des organismes débilités. D'autre part, nos mélancoliques déprimés trouveront à s'assimiler l'acide phosphorique qu'il contient, en assez grande proportion, dans le vitellus, sous forme d'acide phospho-glycérique, c'est-à-dire sous la forme directement assimilable.

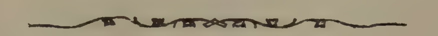
Deux litres et demi de lait mélangés à huit jaunes d'œuf, constituent un régime alimentaire suffisamment réparateur, pour nos lypémaniaques dyspeptiques. On le leur administrera en trois fois, à l'aide de la sonde.

En face de vomissements incoercibles, on se trouvera bien de pratiquer, avant chaque repas, le lavage de l'estomac de façon à le vider des débris du précédent repas. Pour ce lavage, on se servira de l'une des solutions suivantes, en les alternant :

Sol. n° 1	Bicarbonate de soude.........	4 gr.
	Eau........................	1000 gr.
Sol. n° 2	Naphtol α............	0.25 cent.
	Eau........................	1000 gr.

Enfin, dans le cas de dyspepsie motrice grave avec vomissements mettant complètement obstacle à une nutrition suffisante, un vésicatoire volant plusieurs fois répété, si c'est nécessaire, sera appliqué au niveau de la région épigastrique. Des sinapismes, fréquemment renouvelés, seront placés aux membres inférieurs. Le malade sera plongé une fois par semaine, une heure durant, dans un bain tiède, sinapisé.

Mon expérience personnelle me permet d'affirmer que ce traitement, méthodiquement appliqué, amènera infailliblement la guérison rapide des dyspepsies rebelles chez les lypémaniaques.



UN ABUS CRIANT

Par le Dr Collineau.

L'approche de la discussion parlementaire sur la *Loi du 30 juin* 1838 remet ses détracteurs en verve. « Les Asiles sont des bagnes... les médecins des tortionnaires... les malades des martyrs ». En 1891, on réédite — et, côté piquant, dans les mêmes termes, — les objurgations incohérentes qui de 1863 à 1870 se sont étalées dans les colonnes du *Journal des villes et campagnes*, dans celles du *Monde*, de la *Presse*, de l'*Opinion nationale*, de la *Gazette de France*, et du *Figaro*.

Et, en même temps, avec une désinvolture sans égale, avec un impardonnable oubli des respectueuses réserves qu'impose le malheur, on livre en pâture à la banale pitié des foules le récit d'infortunes aussi imméritées que lamentables. Sans égard pour les personnes, on entre avec une surabondance et une précision qui défient toute équivoque dans les détails les plus intimes.

C'est ainsi que, tout récemment, on apprenait que Mlle Rosa Wenneman, artiste peintre animalier, élève de Rosa Bonheur, avait, en dépit de la réputation légitime que lui valent ses œuvres, été, en ces dernières années, doublement éprouvée au point de vue artistique et financier ; que des déconvenues successives avaient profondément ébranlé sa raison ; que sa propre sécurité, aussi bien que celle de son entourage, venaient d'exiger son admission à l'Asile Sainte-Anne et que, contrairement à l'illusion dont, à la première heure, avaient pu se bercer ses amis sur la fugacité de l'obnubilation mentale, c'était du délire des persécutions qu'elle était atteinte.

C'est à cent et deux cent mille exemplaires que l'on publie cette nouvelle à sensation. Or, ce qui vient de se passer dans le cas particulier qu'en raison de son actualité, nous citons de préférence, se renouvelle toutes les fois que l'occasion s'en présente. Et dans sa routinière torpeur, la conscience publique accepte cela comme chose toute simple, toute naturelle. Personne n'y prend garde, nul n'y trouve à redire, n'en est offusqué. C'est donc qu'on ne se rend pas compte des graves et cruelles conséquences qu'à leur suite, entraînent ces indiscrétions scandaleuses.

Et d'abord, à quelle source plus ou moins suspecte a-t-on puisé ces informations ? On formule un diagnostic : dans l'espèce, c'est le délire des persécutions. Qui en garantit l'exactitude ? Qui, dans tous les cas, en a autorisé la divulgation ? — Est-ce le médecin traitant? — Ceci est inadmissible. — Est-ce la famille de la malade ? — De quel droit, si la malade elle-même n'a pas donné son assentiment ? Et, d'autre part, si, comme le fait ne paraît que trop certain, l'état mental de Mlle Wenneman est actuellement profondément troublé, quel fond est-il permis de faire sur un assentiment ou une opposition venant de sa part ?

On le voit donc bien : de semblables publications sont un non-sens. Elles sont plus, elle sont un empiètement sur les droits d'autrui.

Elles sont plus encore : elles sont un danger, et ce danger, voici en quoi il consiste.

Les rédacteurs de ce genre d'entrefilets semblent se préoccuper médiocrement d'un point cependant de la plus haute importance. Ce point a trait à la *moyenne du séjour* des aliénés dans les asiles. Or, c'est ce dont les promoteurs « infâmes » de cette Loi « odieuse, inique, exécrable qu'il n'est que temps d'abroger » avaient, eux, été frappés.

La brièveté relative du délai après lequel le malade peut, en bon nombre de cas, être rendu à sa propre direction, impliquait, à leurs yeux, des dispositions spéciales. Dans leur « duplicité », ils allaient même jusqu'à qualifier ces dispositions de tutélaires. Il importait, pensaient-ils, qu'en raison de la qualité de malade reconnue à l'aliéné, le secret fût garanti sur son déplorable état. Le moyen? C'était que l'internement dans un asile n'entrainât ni comme condition préalable, ni comme conséquence immédiate, la nécessité de l'interdiction Les formes de l'action légale avaient pour eux le grave inconvénient d'établir la notoriété du trouble psycho-cérébral et de compromettre non seulement la personne du sujet qui en est atteint, mais les intérêts dans lesquels son nom peut se trouver engagé. L'abstention, au contraire, avait pour inestimable avantage de lui permettre, après un séjour de durée variable à l'asile, le libre exercice de sa profession.

Voilà, sans la publicité inconsidérée donnée au malheur qui la frappe, l'avantage hors prix, dont, à brève échéance peut-être, Mlle Rosa Wenneman eût bénéficié.

Au rebours, par suite de l'inqualifiable légèreté avec

laquelle on a, dans les circonstances pénibles qui l'assaillent, divulgué les particularités, d'insurmontables obstacles vont se dresser dans l'avenir, sous chacun de ses pas.

Nous voulons l'espérer : au bout d'un certain temps, à la faveur du traitement rationnel dont elle aura été l'objet, il se sera produit dans son état une amélioration notable. Par degrés, admettons-le, le délire a fait place au calme.

L'excitabilité nerveuse a cédé. Le fonctionnement cérébral a retrouvé sa rectitude. Dans les idées, la suite et la lumière se sont faites. Dans l'entendement, l'équilibre a reconquis sa stabilité. La sortie est prononcée.

Dans le monde d'artistes où l'attirent sa profession et ses goûts, personne, désormais, n'ignore ni d'où elle vient, ni quel a été le motif de son absence plus ou moins prolongée. Sur la foi d'on ne sait qui, la notoriété est établie à l'égard de la modalité que le mal a affecté. Dès le premier jour, ne l'a-t-on pas déclaré ? C'est au délire des persécutions que la malheureuse a été en proie ; or le délire des persécutions fait voir au malade, en tous lieux, des ennemis. Survienne une rechute, Mlle Wenneman portera, peut-être, sur les personnes des accusations aussi désavantageuses que gratuites. On craindra de se compromettre en sa compagnie. On lui tournera le dos ; et, sans parvenir à s'expliquer la réprobation qu'à son endroit elle constate, l'infortunée y trouvera des raisons plausibles aux conceptions délirantes qui l'ont opprimée, et à l'obsession desquelles, c'est à peine si elle échappe. *Ipso facto*, l'éventualité d'une rechute prendra une plus forte probabilité. Dans l'exercice de sa profession, elle se heurtera contre des difficultés non moins irritantes. A présent que tout le monde est au courant de la catastrophe, qui se risquera dans son atelier ? Réussira-t-elle seulement à en trouver un ?

Comment s'y prendra-t-elle, dès lors, pour produire, pour vivre de son art, l'urgence échéant ?

L'étrange intempérance de reportage dont elle a été victime la condamne, en réalité, à la suspicion à perpétuité. Il y a pis : elle la place de nouveau sur le chemin qui conduit à l'asile. Ce chemin qu'elle a déjà parcouru une fois, elle le suivra presque fatalement une seconde.

De tels agissements ne sont-ils pas, de tout point, désastreux et abusifs ? Le secret professionnel lie étroitement le médecin ; c'est bien. Mais il est également des circonstances

où des raisons de vulgaire convenance devraient suffire, vraiment, à imposer au publiciste plus de réserve et à l'engager à mettre une sourdine à des révélations aussi indiscrètes qu'intempestives.

Oh ! je pressens l'objection. Je la pressens et je la réfute. Il y va, prétendra-t-on, de l'intérêt général. Or l'intéret du public doit primer celui des personnes. Si la folie revêt, chez celui qu'elle frappe, une forme telle qu'il en résulte pour tous un danger, c'est un devoir que d'avertir la collectivité du danger dont un de ses membres la menace ; et quoi qu'il en coûte, il faut parler.

Eh bien, en ce qui me concerne, avant de parler, avant de jeter à tous les échos qu'en raison des désordres qui viennent d'éclater en son entendement, tel ou tel est devenu un être dangereux, je me ferais une loi de vérifier le diagnostic, et de remonter à la source du bruit alarmant qui court. J'ajoute, qu'examen fait, il est plus que probable que je m'abstiendrais de parler.

Et quand on n'aurait dit que la stricte vérité, quand Mlle Wenneman ou autres seraient devenus, de par la forme spéciale qu'a revêtu leur délire, un danger public, ce n'est certes pas en s'y prenant comme on le fait que l'on réussira à en atténuer la gravité ni l'imminence.

Pour sauvegarder leurs intérêts en même temps que ceux, respectables au premier chef de la société, c'est une ligne de conduite diamétralement opposée qu'il conviendrait de suivre.

Avant tout, la prudence exige que la nouvelle de ces pitoyables défaillances ne soit accueillie, jamais, que sous la plus expresse réserve et, surtout, ne soit propagée qu'avec la plus rigoureuse circonspection. Ensuite, en admettant qu'en réalité le mal existe, l'expérience prouve qu'en bon nombre de cas, ce serait à tort qu'on le taxerait, *a priori*, d'irréparable. Aussi bien au point de vue de la collectivité qu'à celui de l'individu, le devoir consiste donc à mettre à profit le laps de temps que dure inévitablement la maladie. Ce temps, il faut l'employer à préparer, dans le calme et le silence, les moyens de venir en aide au convalescent le jour où il aura, enfin, repris possession de lui-même ; le jour où, non sans un certain effarement, il se retrouvera, face à face avec la lutte pour la vie, dans le tourbillon de la société. Au sortir de l'asile, en d'autres termes, il importe, pour l'avenir, qu'il trouve à presser des mains secourables et amies ; qu'il

rencontre des visages sympathiques; qu'on lui tienne un langage encourageant ; que les marques de confiance qu'on lui témoigne viennent fortifier la confiance qu'il se prend à sentir renaître en soi ; que la certitude de débouchés pour son activité, ses connaissances techniques, ses talents, son art le mettent en situation de mesurer ses forces et d'envisager sans terreur le lendemain.

Il existe des institutions fondées dans ce but essentiellement humanitaire. On semble, en vérité, par trop le tenir en oubli. Au lieu de dépenser tant d'encre au grand préjudice de ceux dont on s'érige en défenseur sans avantage pour qui que ce soit, c'est à flots qu'on en devrait répandre afin d'assurer la prospérité et d'accroître le champ d'action de ces institutions bienfaisantes.

Voilà de la vraie philanthropie ; de la solidarité au sens le plus large et le plus élevé du mot. Voilà le moyen pratique de conjurer le péril public et privé, inséparable d'une des maladies les plus terribles — la folie — dont soit tributaire l'humanité.

Mais, de grâce, que l'on cesse, ne fût-ce que par respect pour la personnalité humaine, de divulguer, avec une complaisance voisine de la cruauté, d'atroces misères pour lesquelles le mystère est déjà un soulagement. Et, puisqu'on se dispose à reviser la loi qui régit les aliénés, qu'on y introduise donc une clause en vertu de laquelle la discrétion puisse être imposée à ceux qui ne savent pas trouver en eux-mêmes la force de s'imposer la discrétion.

La liberté de parole ou de presse n'aura, en cela, à courir aucun risque. Sous aucune forme que ce soit, il ne s'agit de lui porter atteinte.

Il s'agit purement et simplement de mettre terme à une licence intolérable.

Sous quelque masque qu'elle se produise, la Licence, invariablement, est opposite de la Liberté.

DU TRAITEMENT DE LA FOLIE

PAR L'HYPNOTISME

Par Percy Smith,
médecin-résidant de l'hôpital de Bethlem,

et A. T. Myers,
médecin de l'hôpital d'enfants de Belgrave.

Les auteurs posent en principe que toute expérience d'hypnotisme pratiquée dans un établissement d'aliénés doit avoir uniquement en vue une action thérapeutique, et non la solution de problèmes physiologiques. Plus d'un malade étant déjà enclin à redouter les effets du magnétisme, on ne saurait agir avec trop de prudence.

Les essais des Drs Percy Smith et Myers ont porté sur 21 malades dont nous transcrivons l'observation.

Ier Cas. — M. H., 15 ans 1/2. Pas d'hérédité nerveuse, hystérie depuis trois ans, primitivement somnambulisme. Au mois d'août 1888, crise d'excitation ; masturbation ; en novembre dépression, faisant place à la stupeur ; rigidité, gâtisme. On est obligé de recourir à l'alimentation artificielle.

28 *décembre* 1888. Tentative d'hypnotisme (Dr Goodall, assistant), par la pression oculaire. Au bout de vingt-cinq minutes environ, les membres deviennent flasques ; la malade marche dans la chambre, exécute les mouvements commandés, et consent à manger du pain et du beurre. Bientôt elle retombe dans son premier état.

3 *janvier* 1889. Elle obéit maintenant aux injonctions (ouvrir la bouche, etc.), soit en état normal, soit, plus promptement encore, dans l'état obtenu par l'occlusion des yeux, et une douce pression sur le globe de l'œil. Sur l'ordre qui lui est donné, mange du pain et du beurre, et boit un verre de lait. On n'a jamais obtenu un véritable sommeil.

4 *janvier*. Prend elle-même, après quelques incitations, environ la moitié de son premier déjeuner ; le reste lui est donné à la cuiller. Au repas d'une heure, refus absolu. On lui tient les yeux fermés de vingt à trente minutes, et elle consent à manger de la viande, préalablement coupée, des pommes de terre, du pain et du pudding au tapioca, et à boire un peu de bière. Toutes les fois qu'elle hésitait, on lui manipulait les yeux pendant huit ou dix minutes, et elle obéissait. On disait à tout instant : « Il faut que vous buviez et mangiez. »

6 *janvier*. Après dix minutes d'occlusion oculaire, mange de la viande et des pommes de terre, et boit deux verres de lait (elle mord et brise le verre).

7 *janvier*. Prend la moitié de son déjeuner. A l'heure du thé, nouvelle expérience couronnée de succès.

8 *janvier*. Mange bien, et s'habille en partie elle-même ; toujours malpropre. Pas d'essai d'hypnotisme.

11 *janvier*. Tentative d'hypnotisme par M. G. A. Smith. Il tâche de fixer l'attention et de prendre le regard, mais avec peu de succès. Le Dr Goodal échoue également.

15 *janvier*. Amélioration rapide. La malade devient plus propre, mange seule, fait preuve de plus d'intelligence.

10 *fevrier*. Continue à se nourrir ; mais apathie extrême, la malpropreté reparaît. La semaine dernière, deux tentatives d'hypnotisme, mais sans résultat. Rires et pleurs.

2 *mars*. Nouvelle amélioration, mais sans essai hypnotique. Est plus propre, prend de la nourriture, lit, mais reste encore triste et troublée, moins émotive.

Sort guérie le 17 avril.

La malade fut peut-être légèrement hypnotisée par la pression oculaire, une amélioration s'en suivit au point de vue de l'alimentation, mais elle est due aussi pour beaucoup aux effets persistants pour l'engager à manger, et aux soins personnels du Dr Goodall. On remarquera que le résultat principal fut le passage de la rigidité à la flaccidité, et un certain degré d'obéissance aux ordres qui lui prescrivaient de se nourrir. On n'a pas obtenu de sommeil véritable, et une tentative d'hypnotisme, en fixant l'attention, échoua complètement. Après une rechute momentanée, amélioration sans hypnotisme.

IIe Cas. — J. H., 26 ans, pas d'hérédité nerveuse. Symptômes diabétiques pendant trois ans (amaigrissement, voracité, soif, polyurie). Les trois mois précédant l'admission, accès de violence destructive suivis de silence et de stupeur cataleptique. Reçue en cet état, la salive dégouttant, les yeux clos, anesthésie cutanée, pas de réaction nasale au poivre; urine 1025, pas de sucre. Malade nourrie à la cuiller, habillée, etc.

12 *janvier* 1889 (six mois après l'admission). Pas de changement ; tentative d'hypnotisme par M. G. A. Smith. Sur l'ordre de l'opérateur, ferme les yeux, mais refuse de les ouvrir lorsqu'il compte « trois ». Il répète les mots un, deux, trois, le dernier avec emphase ; six essais infructueux. Il affirme qu'il voit sa bouche s'ouvrir, sans résultat.

18 *janvier*. Nouvelle tentative. Elle ferme les yeux, après quelque résistance, sur l'ordre qui lui en est donné, mais les rouvre sans injonction aucune.

L'expérimentateur l'encourage à ouvrir la bouche, mais elle n'obéit pas. Elle suit ses yeux lorsqu'il la regarde et tourne la tête

de côté et d'autre. Le bras étendu garde sa position, mais la malade ne le soulève pas, lorsqu'elle en reçoit l'ordre.

22 *janvier*. Les Drs Percy Smith et Goodall essaient, pendant une demi-heure, sans résultat, de fixer l'attention, en employant le reflet des miroirs ophthalmoscopiques.

24 *janvier*. Tentative d'hypnotisme d'une demi-heure de durée, par pression oculaire ; effet nul. La malade ne veut ouvrir ni les yeux, ni la bouche, et refuse de se lever et d'obéir en quoi que ce soit.

27 *avril*. Amélioration physique, mais persistance de la stupeur.

3 *juillet*. Sortie non guérie.

IIIe Cas. — K. K., 28 ans, maîtresse d'école. Entrée le 22 novembre 1888. Pas d'hérédité nerveuse. Les règles ont toujours été irrégulières. Céphalalgie depuis deux ans, amaigrissement depuis une année. Neurasthénie. Envoyée à l'hôpital Saint-Thomas pour y être massée. L'excitation commence avant la première séance de massage, et presque immédiatement après un examen des yeux instillés préalablement à l'atropine. Au jour de l'admission à Bethlem, état franchement maniaque ; refus de nourriture.

11 *janvier* 1889. Tentative d'hypnotisme. La malade commence par babiller, et pendant cinq minutes on ne peut fixer son attention ; puis elle se calme. Injonction de dormir, sans résultat aucun.

18 *janvier*. Encore très agitée. Tentative d'hypnotisme d'une demi-heure de durée ; le sommeil n'est pas obtenu. La malade consent à boire du lait ; mais la nuit précédente, elle avait déjà accepté du pain et du lait.

25 *janvier*. Etat troublé depuis quelques jours ; la malade fait des passes devant ses yeux, à l'imitation des hypnotiseurs. Malpropreté.

M. Smith et une infirmière restent seuls avec elle pendant quarante minutes, de façon à lui éviter toute distraction. Au bout de dix minutes, elle boit lentement un peu de lait, tendant elle-même la tasse. Très calme, mais pas hypnotisée.

1er *février*. Tentative semblable. La malade refuse d'ouvrir ou de fermer les yeux sur l'ordre de l'expérimentateur.

8 *février*. Nouvel essai, sans résultat.

Depuis cette époque jusqu'aux premiers jours de septembre, lente amélioration ; la malade engraisse, se nourrit plus volontiers, et perd graduellement ses soupçons et ses hallucinations. Elle est alors envoyée dans un hôpital de convalescence, puis rendue à la liberté en novembre. Dans cette observation, on ne peut attribuer la guérison à l'hypnotisme.

4e Cas. — M. W., 42 ans ; célibataire ; placée chez une dame malade. Hérédité tuberculeuse et alcoolique. Entrée à Bethlem le

5 juillet 1888. Mélancolie, crainte d'un malheur imminent, refus de nourriture. S'améliore après quelque temps, mange, engraisse, mais reste cependant triste, silencieuse, apathique et sale.

18 *janvier* 1889. Tentative d'hypnotisme. Pas de résistance, mais pas de résultat après vingt minutes d'efforts.

25 *janvier*. Nouvelle épreuve. La malade suit le regard de l'opérateur ; pas d'autre résultat.

1er *février*. Courte tentative. La malade ferme les yeux lorsqu'on le lui commande, mais refuse d'obéir pour toute autre chose. Depuis cette époque, tristesse et apathie, mais lente amélioration, et en juillet, départ pour la maison de convalescence. Mise en liberté non parfaitement guérie, mais capable de demeurer chez elle.

Ici les essais d'hypnotisme peuvent être regardés comme demeurés entièrement sans résultat.

Ve CAS. — C. H., 25 ans ; mariée ; pas d'hérédité nerveuse. Entrée il y a un mois. Avant son admission à Bethlem (le 4 juillet 1888), était restée trois semaines à l'University College Hospital. Le jour de l'entrée, franche excitation maniaque. Bientôt amélioration physique, puis stupeur, refus d'aliments, gâtisme.

11 *janvier*. Tentative d'hypnotisme, à laquelle on est obligé de renoncer, la malade refusant absolument de fixer son attention.

Sort sans être guérie.

VIe CAS. — R. F. G., célibataire ; 28 ans ; entrée à Bethlem le 29 janvier 1889. Une grand'tante aliénée, mère phtisique. Depuis six mois, défiances, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, refus d'aliments, exaltation religieuse. A l'hôpital, refuse la nourriture pour confondre un persécuteur dont elle entend la voix lui ordonnant de manger. La malade étant très intelligente, on espère fixer aisément son attention.

31 *janvier*. Le Dr Goodall lui fait regarder un miroir où se réfléchit la lumière d'une lampe : au bout d'un quart d'heure, elle accuse de la fatigue et refuse de continuer. On lui maintient alors les yeux fermés pendant une demi-heure, lui affirmant qu'elle a sommeil, et qu'elle va s'endormir. Elle nie le fait, mais avoue qu'elle se sent engourdie. Sur l'assurance qu'elle n'a plus rien à craindre de son persécuteur, et sur l'offre de nourriture, elle répond qu'elle est tranquille en ce moment, et que son persécuteur a perdu momentanément son influence, mais qu'il triomphera à nouveau dès qu'elle sera rendue à elle-même. Des dénégations énergiques lui sont opposées. Elle s'assied, et mange avec appétit. Le lendemain matin, elle refuse le déjeuner, mais consent à dîner.

4 *février*. Se nourrit régulièrement ; idées de persécution diminuées.

Guérison, sans nouvelle expérience.

Le traitement peut être décrit comme suggestion sans hypnotisation.

VIIe CAS. — M. B., 45 ans, célibataire, entrée à Bethlem le 17 mai 1888, pour une violente attaque de manie aiguë, suite de surmenage en soignant sa mère.

Une tante aliénée, une sœur épileptique, deux frères alcooliques...... Tentatives d'hypnotisme les 1er, 11 et 15 février ; au cours des expériences, reste bruyante, violente et obscène, on ne peut aucunement fixer son attention.

Sortie non guérie.

VIIIe CAS. — E. S. B., 19 ans ; célibataire ; employée chez un drapier ; entrée à Bethlem le 15 janvier 1889. Mère morte hémiplégique. La malade a été somnambule. Deux légères attaques dépressives. Depuis sept semaines, mélancolie qui a dégénéré en stupeur; refus d'aliments.

1er *février*. Essai d'hypnotisme ; passes devant les yeux. La malade devient assoupie, on lui ferme les yeux, en disant que ses paupières sont trop lourdes pour qu'elle puisse les ouvrir ; on la met au défi, et elle échoue dans ses efforts. On lui commande, avec succès, de les ouvrir au mot « trois ». Ses mains jointes, si on lui assure qu'elle ne réussira pas à les délacer, elle ne saurait y parvenir. On lui ordonne de boire du lait, de manger du pain et du beurre ; elle obéit en tout.

8 *février*. Même résultat.

13 *février*. Nouvelle expérience couronnée de succès.......... mange et boit.

14 *février*. Idem.

15 *février*. M. G. A. Smith ne parvient pas à fixer son attention. Sur son injonction, elle boit lentement une tasse de lait.

20 *février*. Nouvelle expérience, sans succès. La malade tient à la main le pain et le beurre, mais refuse de manger. Accepte la nourriture à la cuiller. Pas d'amélioration mentale. On renonce aux essais d'hypnotisme.

Depuis cette époque, amélioration lente et graduelle. Traitement par le galvanisme et les douches. Aujourd'hui, presque guérie, dans un établissement de convalescence.

Bien que la malade ait semblé d'abord susceptible d'être hypnotisée, les résultats obtenus furent minimes ; l'ordre de prendre des aliments devait être répété avec beaucoup d'énergie et de persistance avant de produire quelque effet.

IXe CAS.— H. S., 56 ans ; entrée le 21 janvier 1889. Rien d'héréditaire. Mélancolie depuis quatre mois avec agitation extrême, et tendance au suicide.

15 *février*. Tentative d'hypnotisme. Aucune résistance, reste tranquille, tandis que l'expérimentateur lui maintient la main sur

le front, mais pas de sommeil ; elle ne semble pas capable de fixer son attention.

16 *février*. Nouvel essai infructueux.

Sortie non guérie.

X^e cas. — M. J. E. S., 39 ans, son demi-frère a été précédemment à Bethlem. Elle souffrait d'une lésion utérine, dont le traitement a déterminé un état sensitif extrême, demi-conscient, dégénérant ensuite en manie aiguë, avec excitation et violence.

22 *février*. Tentative d'hypnotisme. Les quinze premières minutes, la malade reste calme ; au bout d'une demi-heure, agitation et violence. Pas de résultat. Pas d'autres essais.

Sortie guérie ; rechute postérieure.

XIe cas. — L. W., 40 ans, sans profession, entrée le 10 février 1889. Rien d'héréditaire. Lypémanie depuis huit mois avec claustrophobie, et troubles du sens musculaire. Abolition du réflexe rotulien ; signe d'Argyll Robertson. Pas d'autres symptômes tabétiques. Avant l'admission, avait été déjà soumise à des expériences d'hypnotisme.

22 *février*. Tentative infructueuse.

10 *avril*. Même état d'agitation....., pleurs ; sensation d'être comme un ballon. Nouvelle tentative. Léger état de léthargie. La malade ne réussit pas à ouvrir les yeux, lorsqu'on lui affirme que tout effort dans ce but est inutile. Il lui est suggéré de se trouver améliorée, et de ne pas se tenir continuellement contre la porte, suivant son habitude. Revenue à elle, elle s'étend immédiatement sur son infortune. Après être restée pendant dix minutes éloignée de la porte, elle devient de nouveau agitée, et reprend son poste accoutumé. Pas de nouvelle expérience.

La malade, ayant été au bout de peu de jours retirée par ses amis, des essais ultérieurs ne purent être pratiqués.

XIIe cas. — J. A. W., 17 ans, célibataire, entrée le 15 janvier 1889. Du côté paternel, une tante mélancolique et alcoolique, cousin faible d'esprit et épileptique ; tantes hystériques ; plusieurs frères et sœurs morts de convulsions, dans l'enfance. Au jour de l'admission, manie aiguë à type émotif et érotique, datant de six semaines.

7 *mars*. Tentative d'hypnotisme. Etat émotif, rires, pleurs, etc. Pression oculaire, passes devant les yeux. La malade reste calme vingt-cinq minutes, mais ne conserve pas les paupières closes. A la remarque : « Vous dormez » elle répond de suite: « Non, je suis consciente, » et ajoute : « Une dame m'a déjà fait la même chose », puis elle s'exclame : « Je hais Nelly Farren, etc... »

21 *mars*. Pas d'amélioration. Nouvel essai d'hypnotisme. Résistance et bavardage pendant deux ou trois minutes, puis calme de trois quarts d'heure. La malade ne parle que cinq ou six fois, et

rit légèrement à trois ou quatre reprises ; on ne peut lui maintenir les paupières fermées. Le sommeil est suggéré sans résultat.

27 *mars*. On obtient à nouveau la tranquillité, mais pas le sommeil.

2 *avril*. Même résultat.

Pas de nouvelle expérience.

La malade sort sans être guérie.

XIIIe cas. — M. J. S., 18 ans, entrée le 9 février 1889. Rien d'héréditaire. Manie aiguë avec violente agitation, suite de surmenage à l'école. Refus de nourriture, grande excitation.

7 *mars*. Tentative d'hypnotisme. La malade bavarde, plaisante, rit et dénoue ses cheveux.

Un quart d'heure d'effort ne réussit pas à fixer son attention.

21 *mars*. Quelque résistance au début ; babillage continuel. Quarante minutes sans résultat. Pas d'autre tentative.

Sort guérie.

XIVe cas. — F. K. S., 25 ans, entrée le 27 décembre 1888. Deuxième attaque. Rien d'héréditaire. Manie aiguë datant de trois jours.

7 *mars*. Très excitée ; portée à la destruction. Essai d'hypnotisme. Pendant vingt minutes, la malade parle sans arrêter. Pas de résultat.

27 *mars*. Idem.

2 *avril*. Idem.

Pas d'autre expérience.

Sort guérie.

XVe cas. — M. M., 29 ans, entrée le 27 décembre 1888. Troisième accès puerpéral, après la naissance de jumeaux ; sequestrée trois semaines : durée de la maladie, deux semaines. Excitation maniaque ; obscénité, saleté, propensions destructives, refus de nourriture.

2 *avril*. Tentative d'hypnotisme, de vingt minutes. Pas de résultat.

4 *avril*. Second essai aussi infructueux.

Pas de nouvelle expérience.

Sortie guérie.

XVIe cas. — K. W., 46 ans, entrée le 19 mars 1889. Grand-mère aliénée ; frère interné trois fois à Bethlem. Maladie causée par l'état de ce frère. Manie au début, puis dépression, mutisme, refus d'aliments.

16 *avril*. Tentative d'hypnotisme, sans succès. Pas de nouvel essai. La situation est toujours la même.

XVIIe cas. — M. T., célibataire, 16 ans. Pas d'hérédité nerveuse ; il y a trois ans, léger accès d'excitation. Il y a neuf mois,

nouvel accès ; entrée à l'Holloway Sanatorium, est transférée à Bethlem, le 3 juillet 1888, dans un état complet de mélancolie avec stupeur ; refus d'aliments, écoulement de la salive, visage sans expression, regard fixe. Elle est consciente, mais ne veut pas parler.

9 *janvier* 1889. Deux essais d'hypnotisme par occlusion et pression oculaire, sans résultat ; mais la malade manifeste son aversion pour ces manœuvres en repoussant l'expérimentateur, se levant, et marchant. En la menaçant de recommencer, on l'induit à porter la main au visage, à l'abaisser, et à se promener dans la chambre. Nouvel essai au moyen de la lueur d'un miroir laryngoscopique ; elle détourne la tête. Elle consent ensuite, sur des instances réitérées, à manger du pain et du beurre, et à boire de l'eau, mais elle refuse le lait (on a découvert depuis des illusions à propos du lait). Puis elle refuse de manger, et, pressée de le faire, elle s'écrie : « Pain et beurre » parlant, pour la première fois.

Amélioration lente ; de jour en jour elle se nourrit plus volontiers et prend plus de soin d'elle-même ; mais pendant longtemps ne parle qu'à voix basse.

Sortie guérie le 20 mars 1889.

Il n'y eut certainement pas hypnotisation réelle, mais l'expérience semble avoir agi comme stimulant, et poussé la malade à agir. L'amélioration subséquente paraît due aux soins personnels, et le cas est fort semblable au 1er et au 8e.

XVIIIe Cas. — F. C., 51 ans, entrée le 4 décembre 1888. Mère ayant été atteinte de ramollissement cérébral. Alcoolisme et morphinisme (traités à cet effet dans une maison spéciale). Hallucinations persistantes de l'ouïe, tentatives de suicide pour échapper à la persécution.

4 *décembre* 1889. Tentative d'hypnotisme de près d'une heure. Pas de résultat, bien que la malade soit tranquille et semble prêter son attention.

6 *décembre*. Nouvel essai infructueux.

XIXe Cas. — J. E. D., 25 ans, entrée le 12 novembre 1889 ; mélancolie consécutive à la diphthérie. Pas d'hérédité nerveuse. Hallucinations de l'ouïe, refus de nourriture.

6 *décembre*. Tentative d'hypnotisme. Pas de résultat.

9 *décembre*. Idem.

Pas de nouvel essai.

XXe Cas. — A. P., célibataire, 53 ans. Hérédité mentale. Entrée le 13 juillet 1887 ; mélancolie. Très malade quelque temps, aujourd'hui calme et raisonnable, mais présentant encore des hallucinations de l'ouïe ; voit au-dessus d'elle, quelqu'un répétant ses pen-

sées ; en même temps sensation comme si on lui rongeait le vertex.

7 *décembre*. Tentative d'hypnotisme sans résultat.

Pas d'autre essai.

XXI[e] Cas. — J. H. G., célibataire, 25 ans, entrée le 8 novembre 1889. Sa mère a eu des attaques hystériques lorsqu'elle était enceinte d'elle ; avec des illusions qui durèrent une semaine. Goître exophthalmique il y a douze ans ; il y a cinq ans, paraplégie hystérique, envoyée par ses amis chez une magnétiseuse ; elle y guérit rapidement, et reste bien jusqu'en mai 1889. Elle sentit alors qu'elle aurait une attaque comme sa mère, et perdit le sommeil ; on lui donna une gardienne ; aucune amélioration ne survenant, elle fut envoyée en Amérique, où elle resta six semaines. Excitation, masturbation. Dans le voyage de retour, on est obligé de la maintenir. A son entrée à l'hôpital, hallucinations de la vue et de l'ouïe, agitation, malpropreté, érotisme ; dit qu'elle est mariée, qu'elle est « la femme surprise en adultère ». Se masturbe sans cesse et en public. La malade avait été vue précédemment par le D[r] Lloyd Tuckey, qui la supposait hypnotisable, et peut-être « un sujet pour le traitement par suggestion ». Ses amies désiraient également le recours à l'hypnotisme.

19 *novembre*. A 2 h. 50, première expérience ; en cinq minutes elle est endormie. On lui suggère de dormir jusqu'à l'heure du souper, et de rester propre la nuit. Elle se réveille à 5 heures, et ne se rappelle rien.

20 *novembre*. La nuit aussi peu propre que de coutume. Aujourd'hui endormie plus rapidement. Sommeil précédé d'un tremblement des paupières ; yeux convulsés. Insensible au pincement ; réflexe de la conjonctive à peu près disparu, légère raideur du bras. N'exécute pas les suggestions ; on lui adresse néanmoins les mêmes ordres que la veille.

21 *novembre*. N'a pas obéi. Hypnotisée à nouveau. Elle n'exécute pas au réveil quelques suggestions de peu d'importance.

22 *novembre*. Hypnotisée au lit ; on lui ordonne de dormir jusqu'à huit heures. Elle n'ouvre pas les yeux avant ce moment, mais parle et rit comme si elle était réveillée.

25 *novembre*. Aussi sale ; pas d'amélioration. Endormie à 4 h. 20 ; on lui commande de dormir jusqu'à huit. A 7 h. heures 30 elle s'éveille, frappe à la porte de sa chambre, et demande à aller au lavabo, ce qu'elle n'avait jamais fait jusqu'alors.

29 *novembre*. Deux essais ultérieurs d'hypnotisme ont totalement échoué. Elle répète les suggestions, mais affirme qu'elle ne les exécutera pas ; rires et chants. On est obligé de renoncer pour le moment aux expériences.

3 *décembre*. Semble endormie, et reçoit l'ordre de rester en cet état jusqu'à huit heures. Au bout d'un quart d'heure, ouvre les yeux, et court dans la chambre.

4 décembre. Nouvel essai infructueux. Etat toujours aussi peu satisfaisant.

On cesse les expériences, et on a recours, sans résultat jusqu'ici, à d'autres méthodes de traitement. De grandes espérances avaient été fondées les premiers jours, la malade ayant été certainement hypnotisée ; mais elle devint ensuite de plus en plus rebelle.

Les auteurs concluent de ces diverses observations, que l'hypnotisme, au point de vue thérapeutique, semble jusqu'ici de peu de secours. Ils se gardent toutefois de prétendre qu'il soit absolument impossible de traiter, en Angleterre, les aliénés par cette méthode, et ils espèrent même que dans d'autres hôpitaux et asiles, les expériences seront couronnées de plus de succès.

René Sémelaigne.

SUR QUELQUES POINTS RELATIFS

A L'ÉTIOLOGIE ET A LA SYMPTOMATOLOGIE

DE LA NEURASTHÉNIE

Par le professeur Grasset (de Montpellier).

Les manifestations de la neurasthénie, comme entité neurologique spéciale, se dégagent tous les jours d'une façon plus précise de l'ensemble des névropathies ayant toutes plus ou moins un caractère subjectif, et des divagations hypochondriaques. Nous croyons être utile à nos lecteurs en mettant sous leurs yeux, une des leçons du professeur Grasset, si autorisé en pareille matière, qui donne à cette question si complexe, un caractère d'actualité des plus précis en lui attribuant une étiologie et une symptomatologie bien nettement définie (1).

Messieurs,

Je vous ai dit que toutes les causes de neurasthénie pouvaient être ramenées au surmenage sous toutes ses formes. C'est là qu'est la clef de la question.

(1) Leçon recueillie et publiée par le Dr Jeannel, chef de clinique. *Montpellier médical*, 16 septembre 1891.

Ainsi, par exemple, le *surmenage scolaire*. Voilà une grosse question, encore très controversée.

Les uns veulent le voir partout, les autres le nient ; égale exagération des deux côtés.

Le surmenage scolaire existe ; c'est une cause fréquente de neurasthénie, mais d'une forme de neurasthénie spéciale et particulièrement étudiée par Charcot et Keller, sous le nom de *Céphalée des adolescents*.

Comment se développe ce surmenage scolaire ? Ce n'est pas par le nombre d'heures des classes ou des études. Certains élèves travaillent le même temps et même plus longtemps que leurs camarades surmenés sans en souffrir. Il se développe chez ceux pour qui le but, l'avenir est une préoccupation dominante, qui songent sans relâche à la première place à atteindre, au camarade à enfoncer, à l'examen à passer, à l'école spéciale où il faut entrer avant la limite d'âge commune.

Les élèves qui sont obsédés par ces questions, qui en rêvent, sont ceux qui deviennent neurasthéniques, surtout si à cette obsession s'ajoute un travail peu facile et si un effort constant leur est nécessaire pour arriver au but que d'autres mieux doués atteignent facilement.

Que de neurasthénies développées chez les jeunes filles qui recherchent leur brevet avec une ténacité infatigable, soit par l'échec aux examens, soit par les désillusions pratiques qui suivent trop souvent le succès.

Il en est de même pour le *surmenage professionnel*. J'ai vu beaucoup de systèmes nerveux prématurément usés, spécialement chez les officiers du génie sortis des rangs, s'efforçant de faire mieux que tous un travail dont venaient aisément à bout leurs camarades sortis de l'Ecole polytechnique. Là encore, c'est la difficulté et non la quantité du travail qu'il faut incriminer.

Dans notre profession si entraînante, dans laquelle, dit-on, on meurt de faim ou de fatigue (quand on ne meurt pas des deux), les uns se surmènent parce qu'ils prennent tout fiévreusement, presque avec rage, rêvant de leurs malades, parlant de leurs opérations même à table, discutant les questions médicales jusque sur les promenades, tandis que d'autres, prenant les choses de plus haut, plus tranquillement, plus philosophiquement, ne se surmènent pas, bien qu'ils produisent plus de travail que les premiers.

Voyez encore le *surmenage politique*, qui est si fréquent aujourd'hui ; il dépend absolument de la manière dont on prend les choses. Vous connaissez l'homme politique froid, tranquille et vraiment pratique qui aime mieux manger les marrons que les tirer du feu. Il distribue ou s'adjuge les places, s'engraisse et ne se surmène pas. Et à côté, vous avez au contraire l'utopiste ardent, qui se dépense nuit et jour, reçoit horions de tous côtés, est rarement élu et use son système nerveux jusqu'à la corde.

J'insiste sur tout cela parce que ce n'est pas assez dit. Bien des tirades récentes sur le surmenage et la neurasthénie pourraient faire croire que cette affection est la maladie du travail, d'où il découlerait naturellement que le moyen d'éviter la névrose serait de ne rien faire. Je veux rassurer ici ceux d'entre vous dont cette opinion pourrait ralentir l'ardeur. Qu'ils se tranquillisent, ce n'est pas la quantité de travail qui surmène ; c'est la manière de le comprendre et de l'exécuter.

Donc, le vrai problème à résoudre pour l'éducation pédagogique de l'enfant n'est pas de le faire travailler et de lui accumuler une foule de choses dans la tête, mais bien de lui apprendre à travailler. L'avenir est à ceux qui savent travailler.

Vous voyez que tout ce qu'on peut appeler la *vie à outrance*, la vie fin de siècle, est une cause de neurasthénie. On s'use par tous les bouts dans cette agitation fiévreuse qui entraîne chacun dans ce tourbillon vertigineux de tous les jours. Et notez que la vie peut être à outrance non seulement pour le mal : jeu, plaisir, mais aussi pour le bien : dans l'industrie, dans le commerce, dans la science même, quand il faut arriver avant les autres, faire une grosse fortune, faire parler de soi dans les journaux et se chamarrer de beaucoup de décorations avant 30 ans. S'il n'est pas arrivé à tout cela avant cet âge-là, l'ambitieux devient un persécuté. C'est qu'il est la proie de la neurasthénie.

En voici un exemple, emprunté par Bouveret à Ziemssen. C'est un grand industriel de New-York qui raconte ainsi sa journée : « Je travaille de toutes mes forces de 8 heures du matin à 10 heures du soir. Je n'ai pas le temps de manger ; je prends mon repas le plus souvent debout, et il est généralement froid et peu appétissant au moment où je viens le prendre. A 10 heures du soir, je suis tellement épuisé que je ne

puis arrêter mes lèvres de compter qu'au prix d'un très grand effort. Pendant la nuit, les affaires de la journée roulent confusément dans ma tête. Ce n'est que vers le matin que j'arrive à dormir, quelques heures, d'un sommeil agité. Au réveil, je suis épuisé d'une façon effrayante, et je suis obligé de prendre un peu de cognac pour être capable de travailler. »

Telle est la journée d'un homme qui vit à outrance.

Il m'est impossible de vous énumérer toutes les causes de neurasthénie. Je voulais seulement vous en indiquer le cadre et le principe général.

Il va sans dire qu'il est rare que toutes ces causes agissent isolément. Ici plus que pour les autres névroses, elles peuvent se superposer ; l'intensité individuelle de chacune d'elles peut alors naturellement être moindre, et cependant le même résultat est produit.

Tel est le cas de cet autre Américain de Ziemssen, rapporté aussi par Bouveret : « Nous travaillons de 8 heures du matin à 8 heures du soir. Nous avons un quart d'heure pour dîner. Le soir, les affaires terminées, nous nous réunissons au café, entre jeunes gens ; nous mangeons, nous buvons, et nous jouons jusqu'à 2 ou 3 heures du matin. Si je dois entreprendre un voyage, je le fais pendant la nuit, de façon à pouvoir consacrer toute la journée aux affaires. » — Nous sommes loin des huit heures de Kant et des socialistes !

Le travail toute la journée, le jeu et la boisson toute la nuit, ces deux causes s'ajoutent ici.

Il y a aussi des éléments personnels qui facilitent singulièrement l'action des causes que je viens d'énumérer : c'est l'*hérédité nerveuse* et le *tempérament* nerveux héréditaire ou acquis.

Il est certain, en effet, qu'un individu nerveux est plus disposé à réaliser la neurasthénie, dans le cas précédent, qu'un individu sain ; c'est-à-dire que la neurasthénie fait partie de la famille névropathique.

Cette disposition nerveuse, héréditaire ou acquise, fait qu'on résiste moins aux causes générales de surmenage ; elle affaiblit la volonté (vrai caractère de nervosisme) ; alors le sujet est la proie des circonstances : ballotté par les événements de tous les jours, il se laisse dominer par eux, réalise tout ce qu'il fait avec ces caractères d'obsession qui entraînent l'usure, et la neurasthénie arrive.

L'hérédité et le tempérament nerveux ont donc une influence considérable dans le développement de cette affection.

L'hérédité diathésique et les diathèses acquises jouent aussi un rôle considérable comme dans la pathogénie des autres névroses. C'est ainsi qu'on admet des rapports entre le rhumatisme et la chorée, entre la goutte et l'angine de poitrine ; l'une et l'autre appartiennent à la famille diathésique de l'arthritisme. Eh bien ! il en est de même pour l'hystérie et la neurasthénie, qui ont pour famille diathésique commune l'arthritisme surtout, et aussi souvent la tuberculose.

Enfin, au lieu de causes agissant plus ou moins lentement et usant graduellement le système nerveux, vous pouvez concevoir des causes brutales, qui, réunissant toute leur intensité, produiront d'emblée la neurasthénie sur un sujet prédisposé d'ailleurs. Telles sont les violentes émotions morales et les traumatismes : Il y a une neurasthénie traumatique, comme il y a une hystérie traumatique, et même une neurasthénie toxique, comme une hystérie toxique, dont la cause est le tabac, l'alcool ou le plomb.

Vous pourrez approfondir toute cette étude étiologique de la neurasthénie dans les livres de Bouveret et de Levillain. Elle a une très grande importance pratique, parce que c'est d'elle que découle le traitement hygiénique de la maladie.

J'arrive maintenant aux *symptômes*.

Je vais essayer, sans entrer dans les détails analytiques des symptômes, que vous trouverez dans les livres déjà cités, de stigmatiser cliniquement la maladie par ses traits principaux.

I. *Douleur*. — La douleur joue un rôle capital. La neurasthénie est une maladie douloureuse. (Elle l'était pour notre malade de la salle Fouquet.) Le siège en est variable.

a) La *céphalée*, ou douleur en casque (Charcot), est caractérisée souvent par une sensation pénible de pesanteur, de constriction, de coiffure lourde ou trop serrée. Il semble au malade qu'il porte un chapeau trop petit, un bandeau de métal autour de la tête, ou encore il a une sensation de vide, de cerveau ballotté. D'autres fois, c'est une douleur très vive et très localisée qui peut faire croire à une maladie beaucoup plus grave, comme l'urémie, ou à une tumeur cérébrale.

Le casque peut être complet, ou bien s'exagérer à la nuque,

comme une bague énorme dont le chaton appuierait sur la nuque. La douleur peut même être seulement à la nuque, ou en forme de visière, ou être hémilatérale. Bref il y en a une foule de variétés.

Cette douleur est continue ou non, mais elle est toujours paroxystique et survient sans cause appréciable. Les malades cherchent cette cause inutilement, dans les repas, le réveil et aussi tous les genres de fatigue. Elle est souvent accompagnée d'une hyperesthésie du cuir chevelu, et la sensation de mal aux cheveux qu'on éprouve dans l'éthylisme peut être considérée comme une neurasthénie aiguë.

b) *Rachialgie*. — C'est l'ancienne irritation spinale des auteurs (Armaingaud), qu'il faut rayer du cadre nosologique de la moelle. Elle consiste dans une douleur le long de la colonne vertébrale, provoquée ou exagérée par la pression des apophyses épineuses.

La rachialgie n'existe pas dans les vraies maladies de la moelle, c'est donc un signe particulier aux névroses, qui les différencie des premières. Elle s'accompagne quelquefois de plaque cervicale, de plaque sacrée (Coccydinie).

D'après Beard : « Si on examinait avec soin toutes les échines des dames de la cinquième avenue de New-York, on trouverait chez presque toutes de l'hyperesthésie spinale et des douleurs de l'épine dorsale. »

Cette rachialgie a une grande analogie avec la céphalée.

c) Il y a un grand nombre d'autres douleurs, très variées, sur lesquelles je n'insiste pas, parce qu'elles n'ont pas de caractères particuliers. Elles ressemblent à toutes les névralgies.

II. *Lassitude rapide* ; *amyosthénie*. — Ce phénomène est un de ceux qui frappent le plus les sujets. Le moindre effort, les fatigues, la moindre marche, les éreintent. Au réveil même ils sont aussi las que lorsqu'ils se sont couchés. C'est une courbature douloureuse, une véritable fatigue musculaire qui se traduit par un brisement général et une grande faiblesse, comme après une longue course ou une marche forcée. Elle peut même aller jusqu'à la parésie et presque jusqu'à la paralysie. Les malades se condamnent alors au repos absolu, soit au lit, soit sur une chaise longue. C'est un vrai symptôme d'épuisement nerveux, que je me contente de vous signaler sans insister pour les détails.

III. *Fonctions intellectuelles et état mental.* — Les fonctions intellectuelles présentent le même caractère de lassitude et d'épuisement nerveux. Le moindre travail d'intelligence, la lecture, l'écriture, l'attention apportée à un discours ou à un spectacle, tout éreinte le malade. Il éprouve alors des douleurs et de la lassitude.

En même temps il s'aperçoit que sa mémoire est diminuée. Ce défaut de mémoire se traduit par une grande difficulté pour se rappeler les noms ou les choses, ou plutôt une impossibilité de faire l'effort nécessaire pour se les rappeler. La difficulté d'attention ou d'effort est encore plus sensible pour tout ce qui touche à sa profession. Ainsi un prédicateur ne pourra plus faire un sermon, ni même en entendre ; un peintre ne pourra parvenir ni à peindre, ni à voir un tableau, etc., etc. L'effet est moindre quand il s'agit d'une occupation nouvelle, tout à fait différente de celles que le sujet a l'habitude de faire.

La conséquence de tout cela est un vrai trouble mental, caractérisé dans son essence par une aboulie? C'est une capitulation de la volonté et de la personnalité devant tous les modificateurs extérieurs, contre lesquels on réagit d'ordinaire. Pour les neurasthéniques, cette lutte devient si pénible qu'ils y renoncent ; ils ne défendent plus leurs opinions devant les contradicteurs. Ils se laissent obséder par les idées. Vous avez vu le tableau de cette obsession dans la description de la neurasthénie aiguë d'une mauvaise nuit : l'idée délirante revient malgré la volonté du malade, qui la tourne et la retourne ; elle le poursuit et l'oppresse, mais il reconnaît qu'elle est fausse ou erronée (c'est là un caractère différentiel absolu avec l'aliénation mentale), que ce n'est qu'un cauchemar. Le cauchemar persiste même à l'état de veille. De là, ces préoccupations et ces soucis professionnels incessants. Le malheureux neurasthénique ne réagit pas, il ne lutte plus, il se décourage et s'effondre devant tout. Son impressionnabilité et son émotivité lui font un monstre de rien : un simple caillou devient un rocher, une ombre devient un fantôme. Il en résulte pour lui une appréhension et un véritable désespoir, parce qu'il a conscience de sa faiblesse et de son défaut de réaction.

L'exagération de ce symptôme arrive aux phobies, groupe très curieux dont on a beaucoup trop exagéré les types distincts : l'agoraphobie, la claustrophobie, ou plus généralement la topophobie (tel endroit) ; l'astrophobie (peur des ora-

ges, des éclairs) ; l'anthropophobie ou son inverse ; la monophobie (crainte de demeurer seul) ; la pathophobie (crainte de devenir malade, qui n'est pas l'hypochondrie, dans laquelle le sujet se croit malade) ; la sidérodromophobie (peur des chemins de fer, mécaniciens ; autre variété : la peur des voyages) ; la stasophobie ou atrémie (impossibilité de se tenir debout)...

On pourrait multiplier ces types à l'infini. Ainsi je connais des neurasthéniques qui ne peuvent plus aller nulle part, par peur d'être pris de colique et de diarrhée.

Chez les médecins, il y a deux catégories : le médecin préoccupé par la peur du mal qu'il a fait ou qu'il peut faire aux malades, et puis le médecin qui a peur de la responsabilité encourue et obligé d'abandonner sa profession à cause de la préoccupation de l'avenir. Je dois vous citer encore la peur du microbe, soit intérieur, soit extérieur poussée à son degré le plus accentué. Je connais un médecin qui se fait de la sorte une existence vraiment malheureuse. Enfin il y a la phobophobie, c'est-à-dire la peur d'avoir peur, qui est simplement le résultat de toutes ces phobies conscientes.

Quoi qu'il en soit, les phobies forment un groupe très important.

Tous ces troubles intellectuels sont la conséquence d'une asthénie psychique. C'est une véritable nosomanie, dans laquelle les malades s'analysent eux-mêmes (1).

Tel est le troisième symptôme capital de la neurasthénie.

(*A suivre.*)

(1) Article de Huchard. *Traité des névroses d'Axenfeld*, 1883.



BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Septembre 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Nº 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

Cette malade continue toujours son traitement et va mieux.

Nº 26. Léonie de B. *Hémiplégie gauche, strabisme œil gauche.*

L'état de cette malade est très sensiblement amélioré, elle continue son traitement par les transferts.

Malades nouvelles.

Nº 9. Marie, 19 ans. *Attaques d'hystérie.*

Son père est mort apoplectique.

Sa mère est morte d'une affection de poitrine.

Elle a été réglée à 15 ans régulièrement.

Il y a environ 20 mois, se trouvant dans une soirée, elle a eu une attaque d'hystérie, qui arriva sans cause et qui dura 11 heures, avec perte de connaissance ; le lendemain elle fut prise de tremblements, qui durèrent 4 mois et furent guéris. Pendant cette période elle n'avait plus de crises.

Trois mois après son rétablissement, elle eut une très forte attaque étant en voiture. Depuis cette époque elle en a régulièrement 3 ou 4 par mois, c'est-à-dire que chaque crise se compose de 8 ou 10 attaques.

Tous les traitements qu'elle a suivis jusqu'alors ne l'ont pas améliorée.

Depuis son entrée dans le service, on la traite par le transfert, et elle commence à aller mieux.

SALLE LOUIS (hommes).

Nº 2. Louis T. *Attaque d'épilepsie.*

L'état de ce malade s'améliore, les attaques sont moins fréquentes.

Il continue le traitement prescrit.

Nº 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Il s'est encore produit une amélioration dans l'état de ce malade.

Il commence à remuer les jambes et peut se tenir debout, ce qu'il ne pouvait faire depuis 2 ans 1/2.

On continue l'éléctricité.

Nº 17. Jules P., 35 ans. *Hystérie, action de causes morales, apparitions et disparitions subites de paralysies partielles fréquentes.*

Ce malade va beaucoup mieux, les crises sont moins fréquentes et moins fortes. Les périodes de retour des attaques sont pro-

longées d'environ cinq jours. Il continue son traitement par les transferts qui lui font beaucoup de bien.

N° 8. Charles C., 30 ans, ajusteur. *Douleurs violentes de tête.*

Ce malade, après avoir été soumis pendant 15 jours à l'action des miroirs, a quitté le service entièrement guéri.

N° 7. Joseph B., 42 ans. Employé de bureau. *Hallucinations, troubles sensoriels, syphilis antérieure.*

Ce malade, après avoir suivi pendant un mois le traitement par l'application de couronnes d'aimant, a pu quitter le service très notablement amélioré. Il continue à venir de temps en temps suivre son traitement.

Consultation externe.

Adrien G., 51 ans, affûteur. *Paralysie agitante, syphilitique, alcoolique.* (Service de M. le Dr Desnos.)

Ce malade va quitter le service, les tremblements ont entièrement disparu.

Jean J., 62 ans, tailleur. *Angine de poitrine.*

Ce malade a quitté le service se trouvant guéri.
Traitement : transferts, électricité.

Pierre M., 27 ans. *Vertiges, paralysie de la jambe gauche.*

Ce malade va beaucoup mieux que le mois précédent, il continue son traitement par l'action des miroirs.

Malades nouveaux.

W. Henri, 51 ans. *Hallucination consciente de l'ouïe.*

Aucun antécédent héréditaire.

A 12 ans il a eu une angine couenneuse ; en 1870, en Afrique, il a eu la fièvre typhoïde. Depuis plusieurs années, il entend des voix. Il reconnaît 4 personnes qui lui causent, dont 2 seulement sont connues de lui. Quand il veut faire quelque chose, ces voix le lui défendent et sont plus fortes que sa volonté. La nuit il les entend. Il prétend qu'elles devinent sa pensée. A part cela, il se porte très bien, quoique ayant de fortes douleurs de tête. Il n'a pas perdu de forces et donne au dynamomètre 45 kos de pression à gauche et 48 kos à droite.

On lui applique des couronnes d'aimant dont il se trouve déjà bien.

Madame M., 47 ans, giletière. *Douleurs sciatiques dans les jambes.*

Sa mère est morte hydropique.

Son père de la rupture d'un anévrisme.

Elle a été réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Jamais elle n'a été malade. Depuis 18 mois elle souffre d'une sciatique qui la fait beaucoup souffrir. Elle est empêchée de dormir. Elle a des maux de tête violents. Beaucoup de difficulté pour marcher. Tout ce qu'elle a fait jusqu'alors n'a pu amener aucun soulagement.

Les transferts qu'elle vient de commencer ont déjà agi favorablement sur son état. Elle va continuer.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par J. Luys.

M. Luys présente à la Société une série de préparations photographiques destinées à donner une idée des lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive.

Ces images sont la reproduction de pièces naturelles vues à différents degrés d'amplification. Ces grossissements varient entre 15 et 600 diamètres. M. Luys montre ainsi quelles sont les différentes phases suivies par le processus morbide, et il arrive à faire voir (d'accord en cela avec les recherches précédentes des savants français et étrangers), que la paralysie générale au point de vue anatomique, peut être considérée, dès maintenant, comme une véritable *sclérose interstitielle diffuse de la névroglie des centres nerveux.*

Sur une série de préparations, M. Luys fait voir que le processus hyperplasique répartit inégalement son action (2)

(1) Extrait des *Bulletins de la Société de Biologie*, 1876.

(2) Ces images photographiques ont été publiées dans mon Traité de Pathologie mentale. Luys. Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

Sur certains sujets, ainsi que Baillarger l'a observé déjà, c'est la substance blanche qui subit tout d'abord ses premières atteintes, et alors on constate que les fibrilles de la névroglie, ainsi que les corpuscules qui leur font suite, sont très notablement augmentés en volume ; ces derniers sont gonflés, leurs prolongements radiés sont très épaissis et augmentés de nombre.— De là un tissu nouveau, véritable feutrage, qui se développe, détruisant par son action envahissante les fibres nerveuses au milieu desquelles il est réparti, et produisant ainsi un tissu scléreux ayant çà et là l'apparence aréolaire et qui s'est complètement substitué à l'élément nerveux normal. M. Luys présente une pièce dans laquelle cette disposition est des plus manifestes ; et l'on voit, sur la limite de la substance grise et de la substance blanche, la matière cérébrale percée à jour par une série d'orifices à l'emporte-pièce présentant l'apparence d'un canevas ou d'un tulle grossier formé par du tissu scléreux.

Dans l'intimité de la substance grise, la façon dont se comporte le tissu pathologique est tout à fait analogue. M. Luys rappelle à la Société que les régions superficielles de l'écorce présentent, en quelque sorte, un véritable épiderme constitué par un tissu délicat finement fibrillaire dont les mailles sont entre-croisées de mille façons, et qui constitue un coussinet névralgique interposé entre les méninges et les couches superficielles de l'écorce cérébrale.

Cette zone de tissu conjonctif, qui à l'état normal est constituée pareillement par des corpuscules de névroglie et par des prolongements fibroïdes qui émanent des gaines périvasculaires dérivées de la pie-mère devient, sous l'influence de l'irritation le siège d'une véritable prolifération néoplasique qui double son épaisseur, et multiplie à l'infini le nombre de ses éléments ; c'est ainsi que l'on voit sur des pièces relatives à des sujets qui ont succombé au début de la maladie, le processus morbide faisant ses premières apparitions. Dans ce cas, on constate le gonflement et la multiplication des corpuscules de tissu conjonctif. Ils se comportent ici comme ils se sont comportés dans la substance blanche ; leurs prolongements épaissis forment des tractus trabéculaires, des irradiations de toutes sortes, coupés par des intersections, et constituant, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce en ques-

tion, un véritable treillis de nouvelle formation, condensé et ayant une marche envahissante.

En effet, si à l'aide de coupes fines l'on suit la continuité de ce tissu sclérosique, dans ses rapports avec les diverses zones sous-jacentes de l'écorce, on constate que le même travail s'accomplit et que des poussées envahissantes de stroma conjonctif se faufilent entre les cellules et les tubes nerveux, et arrivent ainsi d'une façon inégale à détruire ces mêmes éléments.

Sur deux préparations dans lesquelles M. Luys fait voir en même temps l'état normal des cellules et l'état pathologique sous l'influence du processus sclérosique dont il décrit l'évolution, il montre qu'entre les lacis sclérosiques de la substance blanche et les lacis sclérosiques de la région sous-méningée de l'écorce, et enfin dans les différentes zones de l'écorce, il y a une continuité complète du même processus sclérosique, qui se généralise partout de la même manière et obéit aux mêmes lois évolutives.— Ainsi il montre combien, dans la substance grise, les corpuscules de tissu conjonctif deviennent abondants eu égard à leurs proportions à l'état normal, et combien les éléments nerveux sont plus ou moins investis par ce tissu de nouvelle formation qui les enserre de toutes parts, et amène à la longue leur nécrobiose et leur résorption progressive. — C'est ainsi que l'on peut constater sur une des planches, toutes choses étant égales d'ailleurs, combien les éléments nerveux sont diminués, et combien les cellules deviennent à un moment donné, de plus en plus rares.

Sur une dernière préparation que M. Luys présente, il fait constater *de visu* combien l'influence envahissante du tissu scléreux est nocive pour les cellules nerveuses. Celles-ci, en effet, n'apparaissent plus, à une période avancée de la maladie, que sous forme d'un magma blanchâtre, de forme vaguement pyramidale, disposés en séries, dépourvues de tout caractère morphologique propre, et présentant en quelque sorte à l'état sec les momifications d'anciennes cellules cérébrales ayant cessé de jouir de leurs propriétés physiologiques.

Ces faits étant établis, M. Luys, comme conclusion, expose

à la Société que les lésions de la paralysie générale sont nettement caractérisées par une hyperplasie généralisée de la trame névroglique, dont les éléments se développent à l'infini, et constituent ainsi pour les éléments nerveux des lésions fondamentales qui sont tout à fait les analogues des lésions de la cirrhose pour le tissu hépatique.

Ces lésions paraissent indifféremment avoir divers foyers d'émergence, suivant les régions envahies : — tantôt elles commencent par la substance blanche, tantôt elles débutent même par la substance grise corticale, d'autres fois par les régions sous-méningées, et dans d'autres circonstances, enfin, elles frappent d'emblée telle ou telle région de la moelle épinière avant de faire leur apparition ascendante dans le cerveau ; et c'est ainsi que la paralysie générale se révèle quelquefois avec des formes insolites au moment du début, et par manifestations du côté de la motricité spinale ou de la motricité des régions bulbaires, avant de faire son apparition dans les régions supérieures du système nerveux.

M. Luys montre encore que, si l'élément nerveux est intéressé, l'élément vasculaire du tissu nerveux est aussi très profondément atteint. — C'est ainsi qu'il fait voir qu'en examinant les vaisseaux, on trouve presque toujours la tunique externe en voie de prolifération conjonctive, et que cette tunique externe devient le vrai foyer d'émission de traînées de tissu sclérosé. D'une autre part, il montre encore que ce travail si curieux, qui intéresse le tissu vasculaire, a une véritable influence sur le diamètre du vaisseau ; ainsi, on voit sur une planche présentée un certain nombre de capillaires dont la lumière est littéralement oblitérée par l'hyperplasie de tissu conjonctif, qui, sous l'apparence de fibrilles concentriques emboîtées, forme des parois rigides et rendent le conduit du vaisseau imperméable au courant sanguin.

Sur un certain nombre de préparations on voit encore l'influence que le tissu pathologique exerce sur la continuité des vaisseaux, en ce sens qu'il les dilate, qu'il les tiraille de manière à leur donner une apparence fusiforme, étranglée, çà et là, analogue à cette dilatation des canalicules biliaires que l'on voit si souvent se développer dans

la cirrhose hépatique par le fait de la rétractilité naturelle du tissu scléreux de nouvelle formation.

C'est par le fait de ce mécanisme de rétractilité que l'on voit si souvent, dans le cerveau des paralytiques des vaisseaux capillaires se présenter à l'œil nu, sous forme tantôt sinueuse, tantôt moniliforme.

Enfin, d'après ce qui vient d'être exposé, M. Luys fait remarquer combien ces données si précises, qui sont une conquête de la science moderne, due aux travaux de Westphaal, de Lubimoff, d'Hayem, etc., sont destinées à jeter un jour favorable sur les diverses modalités de la paralysie générale et l'appréciation des différentes formes cliniques sous lesquelles elle peut se révéler. — C'est ainsi qu'elles font voir comment le processus morbide est essentiellement envahisseur de sa nature ; — comment il peut se développer, soit isolément, soit simultanément dans différents points de la trame céphalo-rachidienne ; — comment les phénomènes d'irrigation vasculaire sont mécaniquement troublés par la présence des différents réticulums scléreux qui constituent son essence ; — comment les éléments spécifiquement actifs du système, les cellules nerveuses, peuvent être investies, bloquées par groupes isolés et être mises hors de service, alors qu'un certain nombre d'entre elles continuent à fonctionner régulièrement, phénomène capital qui, par cela même, donne la raison physiologique de ce fait depuis si longtemps signalé par les auteurs, à savoir : que le délire des paralytiques est, dès son apparition, un délire sentant déjà la démence, puisque dès le début de la maladie un certain nombre d'éléments actifs de la vie mentale sont déjà neutralisés au point de vue dynamique.

Enfin, on comprend ainsi comment la marche envahissante du processus sclérosique, poursuivant son cours, amène, à la fin, l'étouffement progressif des éléments nerveux, l'atrophie de certaines circonvolutions dont l'épaisseur en substance grise tombe à 1 millimètre, ainsi que M. Luys en présente un échantillon, au lieu de 2 ou 3 millimètres que ces circonvolutions présentent à l'état normal ; et comment enfin la démence progressive est le résultat fatal et nécessaire d'une pareille lésion progressive.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE DU CERVEAU

D'APRÈS LA

PRATIQUE DES CHIRURGIENS DE PHILADELPHIE

—

Congrès des médecins et chirurgiens américains, (septembre 1891) (1).

M. H. AGNEW (de Philadelphie).—J'ai l'intention de vous entretenir du résultat des trépanations que j'ai pratiquées dans des cas d'épilepsie (traumatique et jacksonienne), d'abcès et d'hémorrhagie du cerveau, d'hydrocéphalie, de microcéphalie et de néoplasmes intra-crâniens.

Sur 27 malades ayant subi la trépanation du crâne pour épilepsie traumatique, 41 ont bien supporté l'opération, 4 sont morts et le sort des 12 autres est resté inconnu. De ces malades, 32 ont éprouvé un soulagement temporaire, chez 9 aucune amélioration ne fut constatée. 4 ont échappé à l'observation ultérieure, 4 ont guéri de leur épilepsie, 4 sont morts et chez 4 l'opération est de date encore trop récente pour permettre de juger des résultats.

Une étude attentive de 54 malades opérés nous fait conclure que l'épilepsie traumatique n'est pas curable au moyen d'une opération chirurgicale, et que pour un grand nombre de cas de cette affection, le traitement purement médical est encore celui qui convient le mieux.

On a prétendu que les fractures du crâne avec dépression mais sans symptômes cérébraux n'exigeaient pas d'intervention chirurgicale. Or, à mon avis, cette doctrine doit être rendue responsable des conséquences funestes de bon nombre de traumatismes crâniens. En effet, quelque minime que soit la dépression consécutive à une fracture du crâne, elle suffit pour provoquer dans les nerfs de la dure-mère une irritation souvent insignifiante au début et non ressentie par le malade, mais qui peut se propager aux méninges

(1) *Semaine médicale*, 7 novembre 1891.

et ensuite à l'écorce et aux ganglions du cerveau et provoquer finalement une explosion de symptômes cérébraux.

Dans ces cas, même lorsque la lésion initiale a été éloignée, l'habitude morbide persiste, enracinée qu'elle est profondément par des années d'irritation permanente. Aussi aucune inspection de la surface externe du crâne ne permettra-t-elle jamais de prévoir les conséquences éloignées d'un traumatisme crânien.

L'épilepsie traumatique ne disparaîtra donc de la liste des affections chirurgicales qu'à partir du jour où toute fracture du crâne avec dépression, même si la dépression est légère et n'est pas accompagnée de symptômes de compression du cerveau, sera considérée comme une indication de la trépanation.

Pour ce qui concerne l'épilepsie jacksonienne, les faits semblent témoigner aussi contre l'intervention chirurgicale. Cette conclusion ne découle pas seulement des quatorze observations que j'ai réunies, mais aussi de ce fait, que l'excision de la substance cérébrale laisse nécessairement après elle un tissu cicatriciel qui, en comprimant l'encéphale, peut exercer sur lui une action des plus fâcheuses. Une autre considération également défavorable à l'opération est qu'après l'excision d'une partie du cerveau une autre partie de cet organe peut, par une espèce de suppléance, devenir le point de départ des mêmes phénomènes morbides.

J'ai réuni 18 cas de trépanation pour abcès du cerveau : 6 sont consécutifs à des fractures du crâne, 2 à des nécroses syphilitiques des os crâniens, 1 à un corps étranger du crâne, 9 à des affections de la caisse du tympan et 2 à un traumatisme violent du crâne sans fracture. Tous ces malades ont succombé après une période de temps dont la durée maxima a été de quinze jours, Bien que ce résultat soit très défavorable, il ne peut nullement être considéré comme une contre-indication du trépan dans les cas où l'on soupçonne un abcès intra-crânien, et ce avec d'autant plus de raison qu'une mort à bref délai est ici inévitable en l'absence d'intervention chirurgicale.

Sur cinq cas de trépanation pour hémorrhagie intra-crânienne, on a obtenu dans quatre non seulement une guérison des suites de l'opération, mais aussi le rétablissement

de la fonction lésée. Cependant, dans les cas où les symptômes de compression du cerveau sont généralisés et indiquent un épanchement sanguin étendu, l'opération a si peu de chances de succès qu'un chirurgien prudent hésitera à la pratiquer et fera souvent mieux de s'en abstenir.

Cinq malades qui m'ont été signalés comme ayant subi la trépanation pour hydrocéphalie aiguë et chronique ont tous succombé.

Je connais cinq cas de trépanation pour céphalalgie d'origine traumatique rebelle à tout traitement médicamenteux. Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, il n'y avait pas trace de fracture du crâne. Chez tous ces malades, sauf un, la guérison a été, je crois, complète.

Dans la microcéphalie, la trépanation doit, à mon avis, être rejetée. En effet, sur six cas de ce genre, quatre se sont terminés par la mort ; quant aux deux autres, je ne possède sur leur compte que des renseignements vagues. Je crois donc qu'à l'exception des cas compliqués d'athétose, dans lesquels l'opération peut donner une certaine amélioration, les enfants idiots et faibles d'esprit sont plutôt justiciables d'un enseignement spécial, tel qu'il est pratiqué avec un grand succès à l'asile de Bicêtre à Paris, que du trépan.

Je ne connais que quatre trépanations pratiquées pour tumeurs du cerveau. Ce nombre d'observations est trop insignifiant pour permettre de porter un jugement précis.

Je formulerai ainsi qu'il suit les conclusions qui semblent découler des faits que je viens de vous citer :

Dans toute fracture du crâne avec dépression, même lorsque celle-ci est légère et n'est pas accompagnée de symptômes cérébraux, on doit pratiquer la trépanation, afin de prévenir les conséquences funestes que la lésion pourrait amener dans la suite ;

Dans l'épilepsie traumatique, la trépanation ne peut exercer qu'un effet purement palliatif ;

Dans l'épilepsie jacksonienne, la trépanation ne peut procurer qu'un soulagement temporaire ;

Dans les abcès du cerveau, qui abandonnés à eux-mêmes se terminent tous par la mort, la trépanation est indiquée

comme une dernière ressource et doit être pratiquée le plus tôt possible ;

Dans les hémorrhagies traumatiques du cerveau, la trépanation est une intervention des plus rationnelles et tout indiquée ;

Dans les céphalalgies d'origine traumatique, la trépanation offre beaucoup de chances de succès ;

Elle doit être rejetée dans les cas de microcéphalie non compliquée d'athétose.

Il est probable que les observations ultérieures limiteront de plus en plus l'indication de la trépanation dans les tumeurs du cerveau.

M. John Chiene (d'Edimbourg) est tout à fait d'accord avec M. Agnew sur la nécessité de la trépanation dans les fractures du crâne avec dépression légère, mais il est moins pessimiste à l'égard des résultats de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie traumatique.

M. W. Keen (de Piladelphie) adopte aussi l'opinion de M. Agnew sur l'opportunité de la trépanation dans toute fracture du crâne avec dépression. Dans l'épilepsie traumatique, il considère la trépanation comme très utile, en ce sens que, pendant la suspension temporaire des accès après l'opération, les bromures peuvent être administrés avec beaucoup plus de succès qu'auparavant.

M. T. Bryant (de Londres) ne croit pas que la trépanation doive être pratiquée dans toutes les fractures du crâne avec dépression. On doit s'en abstenir dans les cas où une observation minutieuse démontre l'absence de tout trouble cérébral.

SUR QUELQUES POINTS RELATIFS

A L'ÉTIOLOGIE ET A LA SYMPTOMATOLOGIE

DE LA NEURASTHÉNIE

Par le professeur Grasset (de Montpellier).

(*Suite*)

En terminant la dernière leçon, j'ai insisté sur un troisième symptôme capital, les troubles des fonctions intellectuelles, que je vous ai montrés être le troisième stigmate de la neurasthénie.

Je vous disais que tout l'ensemble de cet état psychique constituait la *nosomanie*, c'est-à-dire la peur d'être malade. Les personnes qui en sont atteintes s'analysent elles-mêmes, scrutent avec soin tous les symptômes qu'elles éprouvent et vont consulter tous les médecins. Elles discutent avec eux les particularités de leurs cas, dont elles ont écrit et noté scrupuleusement les moindres détails. Vous pourrez même porter le diagnostic de neurasthénie en écoutant un malade qui, en entrant dans votre cabinet, commencera la conservation par ces mots : « Docteur, pour abréger notre entretien, j'ai écrit ce petit mémoire.... »

IV. *Asthénie digestive.* — Un quatrième signe de neurasthénie aussi important que l'asthénie psychique et tout à fait capital, c'est l'asthénie digestive, ou dyspepsie flatulente ou atonique. Dans ce cas, la digestion se fait mal ; les malades éprouvent une sensation de lourdeur ou de plénitude à l'estomac ; ce n'est pas une douleur vive, mais une sorte de gonflement stomacal qui oblige les malades à déboutonner leur pantalon ou à dégraffer leur corset ; ils ont des bâillements, des rougeurs, des bouffées de chaleur ; puis des renvois, des éructations, des borborygmes et de la constipation, qui est une forme d'atonie intestinale. Tout cet ensemble de symptômes s'accompagne d'anorexie.

Il est important dans toute dyspepsie d'établir une distinction entre les troubles précoces et les troubles tardifs.

Les troubles précoces sont faciles à reconnaître ; mais les troubles tardifs peuvent n'apparaître que quatre ou cinq heures après le repas. Ils semblent alors précéder le repas du

soir et produisent des phénomènes bizarres. En effet, les malades ont une impression douloureuse avant de se mettre à table, mais toujours le soir, jamais le matin. En les scrutant mieux, on apprend qu'ils ont des malaises analogues qui les réveillent vers une ou deux heures du matin, avec une certaine fixité et qui sont simplement la conséquence d'une digestion tardive comme le soir. Ce sont des faits qu'il faut bien connaître, pour ne pas s'égarer sur leur cause.

V. *Asthénie génitale.* — Enfin je terminerai cette étude symptomatique par l'asthénie génitale, qui vient compléter la liste des symptômes cardinaux ou stigmates de la neurasthénie.

C'est surtout chez l'homme qu'elle se manifeste, par une diminution progressive de l'appétit sexuel et de puissance virile, pouvant aller jusqu'à la frigidité et l'impuissance. Quelquefois elle s'accompagne de pollutions nocturnes avec irradiation douloureuse dans le plexus sacré. La spermatorrhée est fréquente. C'est en somme une faiblesse irritable : faiblesse de fond et irritation de forme.

Voilà quels sont les cinq grands symptômes cardinaux de la neurasthénie.

Autour de ces cinq stigmates se groupe un certain nombre de symptômes, moins caractéristiques, mais cependant assez importants pour que je vous en énumère quelques-uns.

En tête, je dois placer l'*insomnie*, qui joue un rôle si considérable, qu'elle mériterait peut-être de figurer dans les symptômes cardinaux. L'*insomnie*, ou plutôt les troubles du sommeil, sont à la fois une cause et un effet. Ils sont la cause de la lassitude au réveil, et d'autre part ils sont l'effet de divers autres éléments comme les douleurs, la dyspepsie et l'obsession psychique. Mais ils sont aussi quelquefois un symptôme direct.

L'insomnie est rarement absolue. C'est plutôt une insuffisance de sommeil ou une certaine difficulté à son développement, qu'une privation totale. Habituellement les malades dorment plus qu'ils ne le croient, et ils n'admettent pas toujours ce que Beard appelle « des oasis de repos dans le désert d'un long réveil ». Mais, quand le sommeil survient, il est troublé par des rêves, des cauchemars et de l'agitation.

Dans ce même chapitre il faut placer l'action sur le cœur et les vaisseaux, car les troubles circulatoires sont fréquents dans la neurasthénie.

Les malades peuvent avoir des palpitations, des crises de suffocation et être quelquefois considérés comme des cardiaques.

Les crises peuvent être spontanées ou provoquées par une émotion vive, ou une secousse. En dehors de ces crises de palpitations, il peut exister une tachycardie permanente, comme dans la maladie de Basedow. C'est même un symptôme qui a été particulièrement étudié dans ces derniers temps. Bouveret en décrit deux formes : une forme bénigne et une forme grave. La première est sans importance, mais la seconde peut se terminer par la mort.

Ce même auteur a décrit : dans la *Revue de Médecine* (1889), une tachycardie essentielle paroxystique, dont il fait une névrose à part. Je crois qu'elle a beaucoup de rapports avec la neurasthénie et avec l'artério-sclérose, qui est souvent une cause de tachycardie. Retenez seulement que la tachycardie est un des symptômes fréquents de la neurasthénie.

Certains auteurs ont aussi décrit une angine de poitrine neurasthénique.

Je n'insiste pas sur les caractères très variables du pouls et sur les troubles vaso-moteurs. Il y aurait là tout un chapitre de symptomatologie dont je ne puis vous donner ici une analyse complète et pour lequel je vous renvoie aux auteurs que je vous ai cités.

La question du *diagnostic* est beaucoup plus importante au point de vue clinique, et je voudrais maintenant, pour bien établir dans votre esprit l'existence de la neurasthénie et la place qu'elle doit occuper dans la nosologie générale, la comparer à quelques autres maladies, de description récente, avec lesquelles on la confond souvent : la dilatation de l'estomac, l'entéroptose et l'artério-sclérose.

A première vue, la différence paraît grande, et cependant il existe des analogies telles que le même malade est souvent classé dans une espèce différente de ce groupe morbide, suivant l'observateur qui l'a soigné. J'ai vu diagnostiquer, chez le même sujet, une neurasthénie par l'un, une dyspepsie par un autre et une artério-sclérose par un troisième, et cela par des observateurs consciencieux. Il y a donc intérêt à examiner cette question de près.

D'abord la *dilatation de l'estomac* : vous connaissez la campagne importante et très intéressante que Bouchard a entreprise pour en démontrer l'existence.

D'après cet éminent clinicien, la dilatation n'est pas une

curiosité anatomique, ni une rareté pathologique, c'est au contraire une maladie fréquente, seulement il faut la chercher et savoir la reconnaître. On ne peut pas se fier à la percussion seule, parce qu'elle est difficile et insuffisante. Il n'en est pas de même du bruit de clapotage que l'on produit dans un estomac vide après l'ingestion d'un peu d'eau. C'est un signe qui a une grande valeur, car d'après Bouchard, quand on le constate, c'est une preuve qu'il y a dilatation.

Les conséquences de cette dilatation sont multiples. En première ligne viennent les accidents directs du côté du tube digestif. Le dilaté digère mal, en raison d'une dyspepsie gastro-intestinale. Puis survient une congestion hépatique.

Alors le foie augmente de volume et chasse le rein droit de sa loge ; voilà comment se produit quelquefois le rein mobile, le rein luxé. Cet accident se produirait surtout chez les femmes,quand le corset refoule le foie hypertrophié en arrière et le fait presser sur le rein, en l'empêchant de passer devant lui.

Ensuite viennent les accidents plus lointains, les accidents nerveux. Le dilaté éprouve de l'accablement au réveil, des palpitations, un cercle douloureux autour de la tête, de l'insomnie, des vertiges, voire même des hallucinations et de l'aphasie transitoire. Vous voyez qu'il n'y a pas si loin entre le dilaté de l'estomac et le neurasthénique, puisque nous venons de retrouver chez lui les mêmes symptômes.

Enfin il y a aussi des accidents du côté de la nutrition générale et des troubles des émonctoires, tels que : eczéma, pityriasis, urticaire, acné ; bronchites fréquentes, coryza récidivant, albuminurie ; amaigrissement ou bien obésité flasque, phlébites, purpura et souvent, surtout chez les femmes, nodosités des articulations phalango-phalanginiennes des doigts, que Bouchard considère comme une conséquence directe de la dilatation de l'estomac ; quelquefois rachitisme et ostéomalacie, et enfin les maladies de déchéance : la chlorose et la phtisie pulmonaire.

Ceux d'entre vous qui n'ont pas lu ces descriptions de Bouchard doivent les lire, parce qu'elles sont écrites avec un remarquable talent. En les lisant vous serez frappés de l'importance, de l'étendue et de la réalité clinique du tableau dont je viens de vous donner une esquisse.

L'association symptomatique que Bouchard a constatée est parfaitement exacte. Toute la question est dans l'ordre hiérar-

chique adopté. Pour lui, tout dérive de la dilatation gastrique, considérée comme maladie locale initiale.

Vous voyez le rapport qui existe entre cette affection et la neurasthénie dans laquelle nous avons décrit à peu près tous les mêmes symptômes, seulement dans un ordre hiérarchique différent.

Ainsi, par exemple, si nous revenons au malade que nous venons d'étudier, Charcot en aurait fait un neurasthénique et Bouchard un dilaté.

On conçoit très bien que les deux questions puissent être confondues, puisqu'on trouve les mêmes symptômes. Nous discuterons cela tout à l'heure.

Voyons maintenant l'*entéroptose* de Glénard. Son tableau symptomatique est très analogue au précédent. Le point de départ est encore une maladie locale, mais tout à fait différente. Pour Glénard, la cause première, c'est le rein mobile, c'est la ptose des viscères abdominaux, c'est-à-dire le déplacement des organes abdominaux, que Bouchard considère au contraire comme consécutif.

Il y a là une étude très intéressante que je ne puis que vous résumer (1).

Glénard a d'abord attiré l'attention sur la manière d'examiner les malades. Il est de toute nécessité que le patient soit allongé, les jambes étendues, et complètement nu. On constate alors :

1° Une déformation de l'abdomen : le ventre a une forme spéciale, il est étranglé à la ceinture, bombé au-dessous, étalé à la région hypogastrique ;

2° Une flaccidité du ventre : le ventre est mou, il ballotte et présente une succussion bilatérale.

Après cette palpation générale, d'ensemble, il faut pratiquer une palpation spéciale de la paroi antérieure, des lombes et des hypocondres.

A. *Par la palpation de la région antérieure*, on constate une série de signes ;

3° *Le battement épigastrique*. La paroi abdominale étant flasque et le côlon abaissé, il suffit d'appuyer un peu la main en profondeur sur cette région, pour arriver sur l'aorte abdominale dont on perçoit les battements ;

(1) *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 mai 1886. — *Semaine médicale*, 19 mai 1886. — Confér. clin. à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1887.

4° *Corde colique* : si alors on presse avec l'index le long de la face antérieure de la colonne vertébrale, à 2 centim. au-dessous de l'ombilic, on trouve la sensation d'un cordon plein, transversal roulant sous le doigt : c'est le côlon transverse, diminué de volume et abaissé ;

5° En déplaçant la main sur la droite, on constate le boudin cœcal (en arrière de l'utérus chez la femme) ;

6° Vers la gauche au contraire, on rencontre le cordon sigmoïdal (S iliaque) ;

7° Enfin on perçoit encore le clapotage et le gargouillement gastrique à l'épigastre.

Voilà quels sont les signes que la palpation antérieure vous révèlera.

A. *Palpation latérale.* La palpation du flanc droit est assez délicate à cause des rapports du foie et du rein droit. Elle doit être pratiquée avec les deux mains. On fait passer les quatre doigts de la main gauche sous les reins, en faisant arriver le pouce sur l'hypocondre droit, et, avec l'autre main, on presse sur le côté opposé : c'est par conséquent le pouce qui est le véritable doigt explorateur ;

8° On constate alors une dépressibilité anormale de l'hypocondre ;

Il reste enfin la palpation néphroleptique, pour dépister la mobilité du rein, « vraie cynégétique du rein mobile ».

Elle exige trois temps : l'affût, la capture, l'échappement.

Premier temps : Affût : C'est la position que j'indiquais tout à l'heure, seulement on serre autant que possible, pour faire une viscéroptose forcée ; s'il y a une ptose vraie, on sent descendre quelque chose dans cette sorte de pince que forme la main gauche, au moment des fortes inspirations ;

Deuxième temps : Capture : On profite de l'une de ces inspirations pour saisir l'objet entre les doigts, et on l'analyse ;

Troisième temps : Échappement : Enfin vous laissez remonter lentement l'organe saisi, et c'est par cette étude approfondie que vous déterminez cet organe et que vous reconnaissez que vous avez affaire à :

9° Un rein mobile.

Vous trouverez de cette façon quatre degrés de néphroptose :

a) Premier degré : la pointe de rein. Au moment de l'affût, vous sentez le rein qui descend, mais vous ne pouvez pas le saisir ;

b) Second degré : Vous pouvez le saisir entre les doigts ;

c) Troisième degré : C'est quand le rein descend assez pour que, quand vous serrez le doigt au moment d'une forte inspiration, le rein puisse passer au-dessous du doigt ;

d) Quatrième degré : Le rein flotte complètement dans le ventre ;

Vous voyez combien le rôle du pouce gauche est important dans cette opération.

La néphroptose ainsi recherchée est un signe extrêmement fréquent.

10° Enfin vous pourrez constater aussi une entéroptose : C'est l'abaissement de la corde colique.

Tels sont les principaux symptômes de la maladie que nous étudions.



DE QUELQUES FORMES INSOLITES

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par Bonville Bradley Fox.

(Communication à l'Association médico-psychologique. — 1er mai 1891.)

1er cas. — B., marié, 35 ans, entré le 29 décembre, malade depuis environ quinze jours.

Histoire de la maladie. — Entré à l'armée il y a 13 ans (dans un régiment de l'Inde). Auparavant syphilis ; traitement, et guérison supposée. Dans l'Inde, plusieurs attaques de fièvre, qui le forcent au bout de quatre années à rentrer en Angleterre.

Pendant la traversée de retour, symptômes évidents de syphilis secondaire ; les accidents disparus, le malade se marie. Il abandonne l'armée et entre dans les affaires comme comptable et caissier ; insuffisamment préparé à cette tâche, il se plaint de sensations pénibles d'effort intellectuel ; ses chiffres sont trouvés dans le plus grand désordre.

A l'entrée, état maniaque, impulsif et violent. Loquacité, incohérence, exaltation ; s'imagine être le second fils de Dieu, et posséder le monde avec des richesses incalculables ; bienveillance extrême, offre libéralement de 10 à 20,000 livres sterling. Insomnie prononcée. Pas de signes physiques de la paralysie générale. Pupilles normales. Pas de tremblement de la langue ou des muscles de la face. Pas d'élévation de température. Bonne santé générale.

Pendant les trois premières semaines, peu de changement, si ce n'est qu'au bout d'environ quinze jours il commence à uriner au lit. De faibles doses de bromure semblent suspendre momentanément l'état maniaque ; mais par instants poussées subites ; attaques violentes et non provoquées, jette des couteaux sur ceux qui l'entourent, et frappe violemment les gardiens. Reconnaît et déplore l'affaiblissement de la mémoire. Un mois environ après l'admission, on essaie le traitement par l'iodure de potassium à faibles doses, et le citrate de fer ammoniacal ; grande amélioration. Le traitement est continué dix semaines, jusqu'au 1er avril. Le malade reçoit l'auto-

risation de se rendre chez des amis, évidemment d'une façon prématurée ; car il rentre au bout de huit jours, se plaignant de maux de tête et d'insomnie. Prompt soulagement, et séjour de six semaines dans un établissement au bord de la mer. Semble alors absolument rétabli et est mis en liberté environ six mois après le début de la maladie.

Au bout de deux mois ses lettres ne présentent aucun des caractères de l'écriture et du style des paralytiques généraux ; mais il se plaint de ses jambes qui chancellent et auxquelles il ne peut se fier; ses facultés intellectuelles paraissent intactes, mais il garde le repos le plus absolu. Bientôt la maladie reparaît et la mort survient avec les symptômes francs de la paralysie générale confirmée.

IIe Cas. — K., 49 ans, entré le 12 janvier, marié depuis 18 ans 1/2 ; 11 enfants ; en octobre sa femme fit une fausse couche (2 jumeaux). Pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. Jusqu'à ces derniers temps, homme sobre et rangé ; a toujours joui d'une excellente santé.

Le 27 décembre chute sur la tête. Le lendemain se plaint de céphalalgie, et de pesanteur lorsqu'il vient à se baisser. Pas d'autres plaintes ; dit ne s'être jamais mieux porté. Irritabilité croissante ; devient querelleur, brutal et malpropre. Appétit capricieux ; parfois gloutonnerie. Développement de l'exaltation en un ou deux jours ; croit être devenu riche et avoir acheté une maison. Sommeil rare ou troublé.

Au moment de l'entrée, 16 jours après l'accident, présente nettement les symptômes physiques et mentaux de la paralysie générale. Le réflexe patellaire est exagéré. Sur le cuir chevelu, plaie à peine cicatrisée, s'étendant d'un point situé légèrement en arrière et à gauche du centre de la suture sagittale jusqu'à la région temporale. Le mois suivant, transféré dans un autre asile, où il est resté environ deux ans ; il semble alors suffisamment rétabli pour retourner chez lui : rechute et mort.

IIIe Cas. — C., 37 ans, marié depuis 6 ans, un enfant de 5 ans. Hérédité phtisique dans les branches paternelle et maternelle : père mort diabétique. Syphilis probable, malgré ses dénégations. Il y a six ans, coup violent sur la tête et la nuque ; depuis cette époque changement de caractère, et diminution du pouvoir sexuel. Douleurs fulgurantes dans les membres. Six à huit semaines avant l'admission, sensations angoissantes dans la région lombaire, qui disparaissent à la suite

de frictions à l'opium et à la belladone. Huit jours plus tard, nouvelle crise portant cette fois sur la tête. Irritabilité, violences occasionnelles.

Le huit juin, jour de l'entrée, aspect anémique et cachectique, pupilles contractées et inégales.

Disparition du réflexe rotulien. Les talons joints, et les yeux fermés, disposition à chanceler : se plaint de douleurs fulgurantes et en ceinture.

Pas de tremblement musculaire. Pas de troubles de la parole.

Au point de vue mental, exaltation et gaité. Se plaint d'être séquestré, mais en est heureux pour les malades qu'il améliorera rapidement grâce à son pouvoir magnétique. Sa fortune s'est faite en une journée, il doit entrer au Parlement, et enrichir tout le monde. Perte de la mémoire. Une plume fixée à un chapeau, il fait sa société des déments.

Traitement par l'arsenic et le fer. Peu de symptômes tabétiques, pas de douleurs caractéristiques. Amélioration de la santé générale, mais diminution de la vigueur physique. Confirmation des troubles mentaux de la paralysie générale.

Un an après l'admission,deux légères attaques convulsives, affectant principalement le côté droit, puis excitation violente nécessitant la réclusion dans une chambre capitonnée. Cathétérisme nécessaire ; urine albumineuse. Enflure des pieds. Epuisement. Retiré par sa famille le 19 juillet. — Amélioration de l'état physique.

IVe Cas. — W., 56 ans. Pas d'antécédents morbides, soit héréditaires, soit personnels. Il y a quelques mois, deux légères attaques, prises par son médecin pour l'épilepsie. Depuis trois mois, troubles mentaux. Croit à l'effet du mauvais œil.

Le 19 décembre, jour de l'entrée, aspect émacié, souffle dans les vaisseaux du cou ; pas d'autres symptômes anémiques. Pupilles normales. Pas de tremblement musculaire. Pas de trouble de la parole. Pas de cachexie.

Idées mélancoliques,mouvement perpétuel ; circule à travers les pièces en soupirant : « Oh mon Dieu, mon Dieu ! » de plus en plus fort jusqu'au point de crier. Parfois, refus de nourriture. Est persuadé avoir subi l'influence du mauvais œil et être ensorcelé ; ses parents, bien que leur habitation soit située à une grande distance, ont subi la même atteinte. Affirme que la castration le guérirait. Retient son urine. Insomnie.

Même état pendant un mois.Commence à uriner au lit. Le 5

mars, à la promenade, sursaut subit, et course rapide ; on ne parvient à l'arrêter qu'au bout de deux milles ; il ne peut donner aucune raison de son action.

Entre 4 et 7 heures de l'après-midi, 15 attaques épileptoïdes, la plupart légères, et se réduisant à de simples tressaillements musculaires, mais les dernières accompagnées de convulsions typiques. Chloral, bromure et belladone. Pas de nouvelles attaques, mais diarrhée, avec évacuations involontaires. Cathétérisme nécessaire. Pouls 108 ; intermittence toutes les 20 pulsations : élévation de la température. Ne peut même s'asseoir sur son lit ; considéré comme perdu. Mais le 25 mars, en état de se lever ; calme ; prend copieusement de la nourriture. Le pouls et la température sont redevenus normaux. Parle rarement, et n'expose pas son délire ; aspect mélancolique. Formation d'une escarre au sacrum, de la largeur de la main ; une seconde, moins profonde, en arrière du trochanter du côté droit. A la fin du mois, on ne peut plus mettre en doute la paralysie générale. Abattu, souille son lit, baisse rapidement malgré la nourriture, les stimulants et les toniques, tremblement de la langue ; inégalité pupillaire.

Le 6 avril, près de 4 mois après l'entrée, et environ sept mois après le début de la maladie, violentes attaques épileptiformes. Mort dans le collapsus, deux heures après la dernière attaque. Opposition à l'autopsie.

Ne pouvant résumer tout le travail du Dr Bonville Bradley Fox, nous nous bornons à en reproduire les conclusions :

On ne doit pas désespérer de guérir la paralysie générale prise au début. Des cas de longue rémission, et la prolongation de la maladie de 20 à 30 ans (bien qu'exceptionnelle) sont un encouragement.

Les symptômes de la paralysie générale peuvent éclater immédiatement à la suite d'un traumatisme.

L'état physique le plus désespéré n'entraîne pas nécessairement un dénouement fatal.

Le tabes dorsal prédispose à la paralysie générale.

Certains cas de paralysie générale, avec mélancolie, sont impossibles à diagnostiquer au début. Ils offrent une tendance aux gangrènes, et la marche est plus rapide.

Pour le type mélancolique les causes prédisposantes ou déterminantes sont inconnues.

Le meilleur traitement est encore à trouver.

Dr RENÉ SÉMELAIGNE.

VARIÉTÉS

La seizième Réunion annuelle des neurologistes et des médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne s'est tenue les 6 et 7 courant ; les congressistes étaient un peu moins nombreux que les années précédentes et on remarquait l'absence de certains professeurs, entre autres de MM. Erb (de Heildelberg), et Emminghaus (de Fribourg-en-Brisgau), qui ont l'habitude d'assister aux réunions annuelles. Je ne puis donner ici le compte rendu complet de la présente session, mais je vais signaler les communications qui me paraissent devoir présenter un intérêt général.

Affections nerveuses consécutives (1) au traumatisme.

M. *Schultze*, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Bonn, a parlé des résultats de ses nouvelles observations sur les affections nerveuses consécutives au traumatisme. Depuis le Congrès international de médecine de Berlin, il a eu l'occasion d'observer douze nouveaux cas de ce genre. Sur ces douze malades, onze présentaient un champ visuel absolument normal. Ce fait montrerait que le rétrécissement du champ visuel n'a pas de valeur en tant que signe de l'existence d'une « névrose traumatique ». Pour ce qui concerne l'anesthésie, elle n'a été constatée que chez un seul des malades. M. Schultze croit que l'examen de la sensibilité cutanée a une certaine influence sur la production de ces anesthésies ; que, en d'autres mots, celles-ci peuvent souvent être suggérées aux malades, et que, tout en étant ainsi d'origine psychique, elles peuvent exister en l'absence de psychose proprement dite. La fréquence des hémianesthésies s'expliquerait aussi par ce fait que les malades s'attendent, en général, à voir apparaître des troubles précisément du côté sur lequel a porté le traumatisme.

En étudiant les réflexes rotuliens, M. Schultze a trouvé que leur intensité varie selon que les malades sont examinés à la clinique ou à domicile. L'appréhension et la crainte éprouvées par les malades amènent souvent une augmentation considérable de ces réflexes et provoquent même un clonus temporaire du genou et du pied. Certains sujets affaiblis, tels que les convalescents de pneumonie, les phtisiques, etc., présentent souvent, même en l'absence de tout traumatisme, une augmentation manifeste des réflexes rotuliens qui n'est pas due, sans doute, à une affection des faisceaux pyramidaux. Chez les sujets simplement craintifs les réflexes rotuliens peuvent aussi présenter par moments une intensité excessive.

Chez quatre malades les troubles nerveux prédominants avaient

(1) *Semaine médicale*, juillet 1891.

revêtu la forme du vertige de Menière. Dans un de ces cas il y avait une fracture de la base du crâne ; dans un autre il existait depuis longtemps un rétrécissement nasal considérable et le premier accès de vertige avait précédé le traumatisme ; dans un troisième, on constatait, en outre du syndrome de Menière, une paresse de la réaction de la pupille à la lumière, phénomène qu'il serait difficile d'envisager comme un trouble purement fonctionnel.

Un malade qui avait subi une mutilation de la main fut pris de chorée dans le membre lésé.

La simulation ne fut constatée que dans un seul cas et une aggravation feinte des symptômes dans trois cas. Souvent il a été impossible de déterminer si tel ou tel autre trouble avait préexisté au traumatisme ou s'il était apparu à la suite et à cause du trauma.

En général, les observations de M. Schultze lui ont montré que les troubles nerveux consécutifs au traumatisme peuvent être extrêmement variés et qu'on a tort de vouloir considérer la névrose traumatique, comme une entité morbide à séméiologie bien déterminée et homogène.

Contribution à l'étude des conséquences de la commotion cérébrale.

M. *Friedmann* (de Mannheim) a communiqué deux observations intéressantes, dans lesquelles, à la suite d'une commotion cérébrale produite par un traumatisme crânien d'intensité modérée, sont apparus des troubles cérébraux graves tenant le milieu entre les symptômes encéphaliques ou méningitiques et le syndrome de Menière tel que M. Schultze l'a observé dans les névroses traumatiques. Ces deux malades ont succombé à un accès comateux, l'un au bout d'un an, l'autre au cours de la troisième année de l'affection ; ils n'ont pas présenté de troubles de la sensibilité cutanée.

L'autopsie montra dans les deux cas l'absence complète de lésions crâniennes et cérébrales ; mais l'examen microscopique pratiqué chez l'un de ces malades permit de constater une affection étendue des petits vaisseaux cérébraux ; ces vaisseaux étaient dilatés ; leurs parois, infiltrées de cellules embryonnaires, de pigment sanguin, étaient atteintes de dégénérescence hyaline.

La commotion cérébrale a donc produit dans ce cas une paralysie des centres vaso-moteurs avec hypéremie du cerveau et lésions consécutives des vaisseaux cérébraux.

Comme on le voit, le diagnostic différentiel des cas de ce genre d'avec les encéphalites et les méningites, d'une part, et l'hystérie ou la neurasthénie traumatiques, d'autre part, est très important et en même temps très difficile.

Les troubles de la sensibilité, si fréquents dans l'hystérie trau-

matique, doivent être considérés comme un élément important de diagnostic différentiel. Comme ils faisaient défaut chez les deux malades de M. Friedmann, on peut en conclure qu'ils ne sont pas d'origine vaso-motrice, mais proviennent d'une autre cause encore inconnue.

Production artificielle de foyers d'inflammation dans le cerveau des chiens et des pigeons.

M. *Schrader*, assistant à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, a présenté des pièces anatomiques provenant d'un chien qui n'avait offert aucune trace d'hémiplégie après l'extirpation d'un hémisphère du cerveau, et ce, malgré une dégénération complète des faisceaux pyramidaux. Ce fait, comparé à ce que l'observation clinique nous enseigne chez l'homme, paraît être un véritable paradoxe.

D'autres expériences que M. Schrader a entreprises sur les animaux et qui consistent dans la production artificielle, au moyen de l'inoculation de microbes pathogènes, d'abcès et de foyers inflammatoires dans le cerveau, ont donné des résultats beaucoup plus conformes à l'observation clinique chez l'homme. C'est ainsi qu'un chien porteur d'un foyer morbide dans la zone motrice du cerveau, a présenté une paralysie alterne avec hémianopsie, ainsi que le syndrome bien caractéristique de l'épilepsie jacksonienne.

Contribution à l'étude des origines de la douleur.

M. *Edinger* (de Francfort-sur-le-Mein) a eu l'occasion d'observer un cas qui vient à l'appui de l'existence encore contestée de douleurs d'origine purement centrale.

Il s'agissait dans cette observation d'un malade, atteint d'endocardite, chez lequel survinrent des symptômes d'embolie cérébrale avec hémiparésie droite, puis des douleurs dans les membres paralysés, douleurs si intenses que le malade devint morphinomane. Dans la suite apparut une hyperesthésie de la moitié droite du corps avec athétose du membre supérieur droit, ainsi qu'un rétrécissement du champ visuel. Le malade se suicida. A l'autopsie, on constata chez lui, dans le cerveau, un petit foyer ancien de ramollissement embolique, occupant l'extrémité externe de la couche optique gauche et se trouvant en contact seulement avec la capsule interne, restée absolument indemne.

Ainsi donc, ce foyer morbide, par son contact avec la capsule interne restée indemne mais qu'il irritait, avait produit non pas l'hémianesthésie consécutive avec lésions destructives de la capsule interne, mais une hyperesthésie avec douleurs excentriques. Ce fait, qui démontre l'existence d'une douleur d'origine purement centrale, peut aussi servir pour l'interprétation de certaines douleurs dont souffrent les hystériques, les épileptiques et les hypochondriaques.

Dr W. P.

Guérison d'un cas grave d'hystérie par la suggestion à l'état de veille (1).

Les guérisons de cas graves d'hystérie par la suggestion ne sont pas rares. Cependant, un certain degré de scepticisme persiste chez un grand nombre de médecins, surtout lorsqu'il s'agit de *suggestion à l'état de veille.* C'est en nous plaçant à ce point de vue qu'il nous a paru intéressant de rapporter brièvement l'observation suivante du docteur Belfiore.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, affectée d'une des formes les plus graves de grande hystérie.

En 1887, à la suite d'un bain, la menstruation s'est arrêtée. Depuis ce temps, les menstruations, quoique régulières, sont abondantes et très douloureuses.

Ovaralgie intense, inappétence, vomissements, hémoptysies. La malade, à ses époques, est obligée de rester immobile, au lit, pendant quatre à cinq jours.

En 1889, à la suite d'une contrariété, apparaît la première convulsion qui dure trois heures. Quelques jours après surviennent les règles qui sont douloureuses et s'accompagnent de gastralgie intense, anorexie complète, céphalée, boule hystérique, insomnie ; et, ce qui est plus important, de paralysie des membres inférieurs et des cordes vocales, avec aphonie et spasmes des muscles de la joue droite. La malade, par suite de la photophobie et de la grande hyperesthésie générale, est obligée de rester au lit dans une chambre hermétiquement close, et loin du bruit. La menstruation suivante s'accompagne d'un hoquet qui est finalement suivi d'une attaque convulsive. Plus tard se produisent des accès de somnambulisme, etc., impossibilité de la miction et de la défécation. A la suite de l'échec de toutes sortes de traitements, on tente l'hypnotisme. Mais c'était difficile, puisqu'elle ne pouvait ouvrir les yeux à la lumière. On lui approcha alors des yeux un petit aimant en lui suggérant que la photophobie avait disparu, et aussitôt elle ouvrit les yeux et regarda la lumière du soleil sans aucune difficulté. Cependant, il fut impossible de l'hypnotiser.

Il ne restait donc plus qu'à tenter la *suggestion à l'état de veille et l'application de l'aimant.* Le fluide magnétique appliqué sur la face fit immédiatement disparaître le spasme. Son contact avec l'estomac, les ovaires, le pubis, fit cesser les douleurs. En accompagnant son application d'un léger massage sur les jambes, on fit disparaître la paralysie, au point que la malade remuait les jambes et les soulevait du lit. L'appétit revint et la malade put prendre du lait et des petits morceaux de viande après deux ans d'abstinence. La paralysie de la vessie disparut par la simple suggestion, et la malade, au bout de quelques jours, put quitter le lit.

(1) *Moniteur de l'hygiène publique*, novembre 1891.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Octobre 1891.

Salle Andral (femmes).

(Malades anciennes).

N° 24. Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

L'état de cette malade continue toujours à s'améliorer. Les forces des extrémités inférieures reviennent peu à peu. Elle est moins nerveuse. Elle continue toujours son traitement.

N° 26. Léonie de B., *Hémiplégie gauche, strabisme œil gauche.*

Cette malade continue à s'améliorer lentement, son état reste stationnaire, elle se trouve soulagé par le traitement.

N° 9. Marie, 19 ans, *Attaques d'hystérie.*

Cette malade a eu quelques attaques dans le courant de ce mois, mais moins nombreuses et moins fortes que le mois précédent. Elle suit le traitement par transfert qui lui fait le plus grand bien, et qui souvent a arrêté l'invasion d'une attaque.

Malades nouvelles.

N° 4. Madeleine P., 23 ans. *Attaques d'hystérie.*

Antécédents héréditaires inconnus, revenue dans le service.

Elle a été réglée à 18 ans, toujours régulièrement. Depuis 6 mois elle a une suppression. A l'époque où elle a été réglée, elle a eu sa première attaque d'hystérie. Elle était en train de travailler, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'un tremblement et tomba sans connaissance. Dans cette première crise, elle ne s'était pas débattue. Rien n'avait pu faire prévoir cette attaque.

La 2e crise vint le mois suivant au moment de la menstruation, elle se débattit et la crise dura 1 heure. Pendant 5 ou 6 mois les crises revinrent tous les mois. Puis tous les 8 jours et enfin tous

les 2 jours. Elle prit un peu de bromure et fit de l'hydrothérapie pendant quelque temps. Les attaques se calmèrent un peu, puis revinrent plus fortes. L'année dernière elle entra dans le service où elle resta 4 mois. Elle fut traitée par le sommeil hypnotique et servit de sujet transfert. Quand elle quitta le service elle était très notablement améliorée. Elle avait été 6 mois sans avoir d'attaques après sa sortie du service.

Actuellement elle est dans un état de torpeur, elle a de fréquentes absences de mémoire et les attaques sont revenues. Elle en a tous les 8 jours. Pas de plaques anesthésiques,pas de trouble dans la vue. Elle a de l'appétit et dort bien. Elle donne au dynamomètre 28 k. de pression à droite et à gauche.

Depuis qu'elle est dans le service, on a recommencé le traitement par le sommeil hypnotique et les crises ont déjà diminué en nombre et en forme. On va continuer.

N° 10. B., Justine, 31 ans. *Mouvement choréiforme de la tête et du tronc, état névropathique très intense.*

Mère morte tuberculeuse.

Père mort accidentellement.

Elle est mariée depuis 7 ans, et a un garçon de 7 ans qui est bien portant. Elle a eu des couches très faciles.

Quelque temps avant l'époque où elle a été réglée pour la première fois — à 13 ans — elle éprouva des violentes douleurs de tête, avec perte de connaissance. Elle a toujours été réglée régulièrement. Depuis l'âge de 8 ans elle était prise de mouvements nerveux de la tête principalement et le côté gauche.

Le mal s'accentua depuis ses couches.

Malgré des mouvements nerveux des bras, elle a toujours pu travailler de son métier de bijoutière. Elle est souvent prise de syncope, elle a des envies de pleurer.

Son sommeil est toujours très agité. La digestion se fait difficilement, souvent elle est prise de vomissements. Son appétit est irrégulier, elle éprouve des défaillances d'estomac, et aussitôt qu'elle se met à table elle ne peut plus manger. Elle a des migraines atroces. Au cœur elle éprouve des douleurs aiguës,parfois des palpitations. Elle a de fréquentes sueurs froides. La marche est difficile en raison des mouvements brusques du corps. Dans la colonne vertébrale elle sent des craquements. Elle a des douleurs dans les omoplates. Jusqu'à présent,elle s'est soignée au moyen de l'électricité, l'hydrothérapie et le bromure.

Elle a perdu beaucoup de ses forces.

Elle donne au dynamomètre 19 k^{os} de pression à droite et 15 k^{os} à gauche.

Depuis son entrée dans le service, elle est traitée par l'application des couronnes d'aimant qui l'ont déjà améliorée très notablement. On continue ce traitement.

N° 20. Blanche B., 25 ans, *Hystérie, gastralgie, neurasthénie.*

Son père est mort d'une affection de poitrine.

Sa mère est bien portante, mais très nerveuse, sans attaques. Elle a une sœur qui est anémique, mais bien portante.

Elle n'a jamais été malade dans sa jeunesse.

Réglée à 16 ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à 24 où elle est restée 8 mois sans avoir ses règles.

Il y a 2 ans elle a eu l'influenza,et c'est depuis cette époque qu'elle eut la suppression de ses règles.

Il y a 4 mois elle a eu une gastralgie.

Depuis cette époque elle ne mange pas,car elle ne peut rien garder. Elle se nourrit de lait additionné d'Eau de Vichy. Cette gastralgie a été provoquée par une mauvaise nourriture qu'elle a eu étant au couvent pendant 3 ans. Elle s'était soignée jusqu'alors par l'application de mouches de Milan sur l'estomac tous les 10 jours.

Il y a un mois, elle vint à la consultation pour obtenir des douches. Elle en prit une de suite. En revenant elle éprouva des douleurs dans le ventre et dans l'estomac, c'était comme des contractions, puis vinrent des sanglots. La crise dura 1 heure et demie. Depuis ce moment elle eut des crises d'hystérie avec perte de connaissance.

Depuis son entrée dans le service, elle a eu le 4 octobre une très forte attaque. Elle éprouve depuis des éblouissements, la tête lui tourne, et elle ne voit pas clair par instant. En outre des violents maux de tête et des *douleurs dans le dos*, parfois lorsqu'elle a une crise, au moment où elle est sous le coup de la perte de connaissance son côté droit se met à trembler.

On a commencé le traitement par le miroir. Elle dort facilement et on a pu par la suggestion atténuer ses crises. On continue ce traitement.

N° 21. Marie P. 26, ans, cuisinière. *Neurasthénie. Atrophie considérable des muscles interscapullaires.*

Mère hypochondriaque, nerveuse, père bien portant. 2 frères et 2 sœurs bien portants. Les sœurs ont comme la mère des idées noires.

Réglée à 12 ans régulièrement. Il n'y a que depuis 5 mois que les règles retardent de 10 à 20 jours parfois.

Il y a 6 ans elle éprouva, à la suite de son travail, une douleur dans le cou, en même temps elle fut prise le matin de vomissements qui la fatiguèrent beaucoup. A la suite d'une légère fatigue, elle ressent de violentes douleurs dans le bas du ventre qui la font tomber de côté et l'empêchent de se mouvoir. Elle ne peut rien manger, elle a le dégoût des aliments. Elle a des appréhensions au moment de manger. Elle ne peut prendre que du lait, des œufs ou du bouillon et tout ce qui est liquide. C'est depuis

trois ans qu'elle ne mange plus régulièrement. Quand elle veut se forcer à manger, les aliments ne veulent *pas descendre dans son estomac.*

Elle n'a aucune force, aussitôt qu'elle porte quelque chose, les bras et les jambes se mettent à trembler. Elle crache beaucoup, éprouve des picotements dans la poitrine. Elle souffre beaucoup dans le dos et dans les os du bras. Quand elle a froid, elle éprouve *dans le dos l'effet d'une plaie.*

A l'examen on remarque de l'atrophie interscapulaire ; saillie des omoplates principalement. A gauche, on peut introduire la main sous l'omoplate. Il y a des battements de cœur très forts.

Les forces dynamométriques sont de 25 k. de pression à droite et 22 k. à gauche.

On va commencer par l'électricité.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens.

N° 2. Louis T. *Attaques d'épilepsie.*

L'état de ce malade est sensiblement le même, les attaques sont moins fréquentes. Il ne suit pour le moment aucun traitement.

N° 26. Henri D. *Contractures des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Le mieux qui s'est accusé le mois précédent, s'est encore accru dans le courant de celui-ci. Il peut s'asseoir dans son lit et remue très bien ses membres inférieurs.

Il sent que la contracture diminue de plus en plus. On ne le traite qu'avec l'électricité.

N° 17. Jules P., 35 ans, ancien marin. *Hystérie, action de causes morales, apparition et disparition subite de paralysies partielles fréquentes.*

Les crises sont moins fortes et les périodes de calme sont prolongées de 8 jours.

Il a été obligé de quitter le service à regret avec une amélioration notable.

Malades nouveaux.

N° 32. Victor B., 28 ans, homme de peine. *Atrophie et hypertrophies concommitantes de certains groupes musculaires.*

Père inconnu. Mère morte asthmatique.

Il est depuis 12 ans à Paris, il a été garçon maçon, terrassier, homme de peine.

Réformé à cause des pieds plats.

Début de la maladie il y a 11 mois, qui commença par un tremblement dans les bras, les mains et les jambes. Il a été soigné à Lariboisière par de l'iodure de potassium et les bains. Il en sortit amélioré. Il travailla 1 mois et les tremblements sont revenus tout d'un coup. Le 20 octobre il est entré dans le service.—A cette date on a constaté : tremblement des mains, petites oscillations. écriture tremblée. Quand il fait le mouvement de porter sa main à sa tête, il est pris de tremblement. Il se tient difficilement debout.

Quand il est debout son pied tremble.

Pas de tremblement dans la langue, mais hésitation dans l'articulation des sons.

Pupilles très dilatées, celle de droite à 7 millim., celle de gauche 8 millim.

Force de pression dynamométrique à droite 30 kil. et à gauche 29 kil.

Il a des masses musculaires bizarrement conformées.

Il y a de l'atrophie des muscles sacro-lombaires, des muscles de la région cervicale, de ceux de la région trochantérienne ; hypertrophie apparente des deltoïdes des muscles de l'épaule et des régions latérales externes des cuisses qui forment de grosses saillies, comme des espèces de tumeurs très dures lesquelles contrastent avec les muscles atrophiés de la région, — les parois abdominales sont comme contracturées. Les mouvements du diaphragme se font sans faiblesse. Les pectoraux sont légèrement atrophiés.

Consultation externe.

Malades anciens.

Henri W., 51 ans. *Hallucination consciente de l'ouïe.*

Ce malade, qui a suivi régulièrement son traitement dans le courant de ce mois, se trouve un peu mieux. Il note des intervalles néanmoins plus prolongés où il n'entend pas les voix. Il continue néanmoins à entendre des voix, quatre à la fois. Trois voix d'hommes et une voix de femme. Elles répètent tout ce qu'il dit et tout ce qu'il pense. Elles discutent, et quelquefois se moquent de ce qu'il dit, et de ses prononciations. Quand il dort, il n'entend plus rien. Aussitôt réveillé elles reprennent à peine les yeux ouverts. Ce sont toujours les mêmes refrains. Se sent très fatigué au réveil. Quelquefois il a mal à la tête le matin. Il s'habitue à les entendre, et c'est là l'amélioration qu'il attribue au traitement. Il continue son traitement qui consiste dans l'application sur la tête d'une couronne d'aimant.

Madame M., 47 ans, giletière. *Douleurs sciatiques*.

L'état de cette malade s'est amélioré très notablement dans le courant de ce mois. Les douleurs fulgurantes des jambes se sont calmées, et elle marche avec plus de facilité. Traitement par les transferts.

Malades nouveaux.

Adèle D., 40 ans. *Gastralgie, neurasthénie. Hémiplégie gauche. aphasie.*

Mère bien portante. Père mort asthmatique.

Elle a eu des convulsions d'enfance.

Depuis l'âge de 11 ans elle souffre de douleurs dans l'estomac. C'est son estomac qui a été le plus malade, qui provoqua souvent des troubles nerveux. Elle digère bien, mais reste parfois 3 ou 4 jours sans pouvoir manger. Il y a 16 mois elle se trouvait à table; tout à coup elle fut prise subitement d'une paralysie de tout le côté gauche avec aphasie. Elle resta quelque temps sans pouvoir marcher ni parler. Au bout de quelques mois, ses facultés revinrent, l'aphasie avait disparu au bout de quelques jours. La paralysie était venue le même jour où elle avait ses règles, qui ne vinrent pas pendant 3 mois. Elle s'est soignée par l'électricité et uu peu de bromure.

Elle éprouva des maux de tête horribles à la région temporale droite. Actuellement elle a le bras et la main paralysés. On va essayer le transfert et l'électricité.

Eugène F., commandant, 61 ans. *Surmenage intellectuel, neurasthénie.*

De 1853 à 1862 il a eu la fièvre de Madagascar et dans cet intervalle la fièvre typhoïde. Les fièvres étaient erratiques et non périodiques. Elles ont été coupées au moyen de nombreux bains froids.

En 1874 il a eu la coqueluche très forte qui a été soignée par le bromure.

Il a eu beaucoup de fatigue occasionnée par un surmenage intellectuel. Travaux d'inventions, de calculs, etc. Il ressent des écrasements de la tête ; fatigue des yeux et des oreilles. Insomnie, anémie générale. A part cela, l'état général est satisfaisant.

Inquiétude vague, fréquente, le soir particulièrement. La vue est assez bonne, quoique un peu trouble. Au bout de quelques minutes de lecture il a des troubles de tête. Il ressent de la pesanteur sur l'estomac, il a dez gaz, des bâillements fréquents. Lorsqu'il marche un peu de trop, il a des palpitations.

Par moment il ressent dans les membres des effets de brisure. Souvent il a de légers vertiges. Jusqu'alors il s'est soigné par l'hydrothérapie et l'électricité.

Depuis son entrée dans le service il a fait quelques transferts et a subi l'action rotative du miroir. Il commença à aller un peu mieux. Il dort mieux la nuit.

Joseph B., menuisier, 73 ans. *Douleurs vives, région maxillaire supérieure droite et dans la région temporale droite d'origine traumatique. — Cécité passagère.*

Il y a 20 ans il fit une chute, en travaillant dans le bâtiment. Il se cassa 2 côtes. Il s'est bieu remis de cette chute.

Il y a 11 ans, il fit une autre chute qui malgré qu'il n'eût aucunes fractures fut plus pénible que la première. Il ressentit des douleurs internes dans le côté droit. Deux ans plus tard il commençapar ressentir des douleurs dans la tête ; d'abord ce furent les yeux qui furent malades, il voyait trouble. Il resta un jour 25 minutes sans voir clair. Puis il ressentit de vives douleurs dans le maxillaire supérieur droit et dans la tempe droite ; quelquefois à gauche, mais plus rarement. Voilà 7 ans qu'il est dans cet état. A son entrée dans le service il ne pouvait pas causer. Il ne dort pas la nuit. Il s'est soigné sans résultat avec du bromure, des pilules d'arséniate, des piqûres de morphine.

A part ces douleurs, il est d'une bonne santé et n'a jamais été malade.

Il a été soumis au traitement par les transferts et il commence par éprouver une amélioration très notable. Il continue.

Henri C., 32 ans. *Mécanicien. Troubles cérébraux d'origine traumatique. Insomnies.*

En 1882, étant mécanicien au chemin de fer, il fut victime d'un accident, provoqué par un tamponnement. Il eut le ventre ouvert et la main retournée. Il s'était bien remis de cet accident et n'en avait ressenti aucun trouble. Lors de l'accident de Saint-Mandé, il eut la tête tamponnée en avant et en arrière, il eut des contusions au ventre qui provoquèrent des hémorrhagies internes. Depuis cette époque il a des maux de tête fréquents. Des vertiges, des pertes de mémoire. Le sommeil a disparu. Il a des cauchemars.

Aussitôt qu'il marche un peu il a une pesanteur dans la tête.

On l'a soumis au traitement par l'action des miroirs rotatifs. Il va continuer.

H. Jean., 51 ans, *peintre en bâtiments. Paralysie saturnine.*

Il n'a jamais été malade, ni eu de coliques de plomb.

L'année dernière il commença par ressentir des crampes d'estomac. Aucun aliment ne voulait passer. Pendant quinze jours il ne put prendre aucune nourriture, pas même liquide. Le 16e jour il put prendre du lait et au bout de 3 semaines quelques aliments légers. A ce moment il ressentit, dans tout son côté droit, une fai-

blesse et au bout de quelques jours il se trouvait entièrement paralysé de ce côté. La jambe fut prise pendant 2 mois. Au bout de ce temps il put marcher, entraînant sur sa jambe droite. Quelques temps après, le bras revint à l'état normal. La main seule resta paralysée.

Il a été très bien soigné à Laënnec par les bains sulfureux et l'électricité. Quand il en est sorti, il était très amélioré; mais, ayant repris son métier, il fut frappé de la paralysie de l'avant-bras, ainsi que de la main. Quand il est entré dans le service il ressentait comme du feu dans les cuisses. En outre, il souffrait beaucoup de l'estomac. Le traitement auquel il a été soumis, (miroir et électricité), lui a fait le plus grand bien et il est presque guéri de la paralysie de la main, celle du bras est complètement guérie. De plus, les douleurs d'estomac ont disparu. Il va continuer pendant quelque temps encore son traitement.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DU PRONOSTIC DES MALADIES MENTALES

DANS LE JEUNE AGE (1)

Par le Dr Paul Moreau (de Tours).

Lorsqu'on parcourt les différents traités de pathologie mentale, on est frappé, en général, du peu de développement consacré au chapitre du pronostic qui n'est pas envisagé avec toute l'importance qu'on est en droit d'en attendre. Aucune question, cependant, n'est plus propre à commander l'attention. Elle est d'un intérêt pratique considérable. Que deviendra le malade ? guérira-t-il ? n'y a-t-il aucune crainte de rechute ? Telles sont les questions que le médecin s'entend journellement adresser.

Si le pronostic a une grande importance lorsqu'il s'agit de pathologie générale, cette importance, cependant, est, on pourrait dire, peu de chose, si on la compare à celle qu'elle acquiert lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de pathologie mentale. Ici ce n'est plus l'existence végétative qui est en jeu, c'est l'existence morale du sujet. L'aliéné,

(1) Voir : Moreau de Tours. La Folie chez l'enfant. J. B. Baillière et fils. Paris, 1888.

tout en comptant encore au nombre des vivants, est cependant mort moralement : il n'a plus d'existence sociale, il est devenu un enfant sujet à la tutelle ; or les dispositions à prendre pour la direction de ses biens, pour sauvegarder ses intérêts et ceux de sa famille sont subordonnées le plus souvent, pour ne pas dire toujours, au pronostic de la maladie dont il est frappé. Cette maladie peut être passagère, elle peut être de durée indéterminée, elle peut récidiver, elle peut être incurable. Autant de questions qu'il est urgent de résoudre.

Chez l'enfant, le pronostic acquiert encore s'il est possible, une importance plus grande encore. Quel intérêt n'y a-t-il pas à connaître, ou tout au moins à présumer ce que peut devenir dans l'avenir un individu qui, dans son enfance, aura présenté des accidents psychiques ou nerveux de diverses natures ? Que de fois n'est-on pas consulté à cet égard par les parents désolés ?

Parmi les auteurs qui ont traité cette question, il faut citer Griesinger, qui avait signalé et entrevu l'influence que les affections mentales développées dans le jeune âge exercent sur le développement ultérieur de l'intelligence.

« Les diverses maladies mentales primitives, dit Griesinger, qui se caractérisent par l'excitation, quand elles se prolongent un peu, amènent inévitablement un état de démence totale et d'idiotie. Chez les enfants, l'intelligence n'est pas encore développée d'une manière durable, aussi ces diverses maladies produisent-elles chez eux de véritables arrêts de développement qui atteignent l'intelligence dans toutes ses facultés, tandis que chez l'adulte, elles amènent plutôt un état de démence partielle.

C'est en effet un caractère général et essentiel des maladies mentales de l'enfance d'empêcher le développement ultérieur de l'intelligence. En présence des faits, on se trouve souvent embarrassé pour savoir si c'est de cette manière qu'ont agi les maladies qui ont précédé l'idiotie, maladies à forme irritative et accompagnées surtout d'une exaltation qui peut avoir épuisé l'intelligence, ou bien si ces diverses affections ont été simplement l'expression d'une maladie cérébrale qui, depuis longtemps déjà, produisait dans le cerveau des lésions et des dégénérescences dura-

bles, mais qui, au début, ne s'est manifestée que par des symptômes d'irritation de courte durée.

Esquirol (1) se borne à dire que « dans la jeunesse la folie a une marche plus aiguë que dans l'âge mûr. Elle se juge par des crises plus apparentes ».

Ce n'est guère qu'en 1878, que, l'Académie ayant choisi pour texte du prix Falret la question si importante du pronostic dans l'aliénation mentale, plusieurs concurrents traitèrent cette question.

« A part quelques considérations générales et timides qu'on rencontre dans les auteurs qui se sont le plus occupés des affections mentales, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude spéciale sur le pronostic de la folie. »

Il était réservé au Docteur Lagardelle, lauréat du prix, de combler cette lacune et de présenter une tableau d'ensemble sur le pronostic de la folie.

En général, chez l'enfant, les accès aigus, francs, de délire se terminent favorablement. Ici donc, pas d'hésitation, pas d'embarras. Mais là où le pronostic devient plus délicat, plus méticuleux, là où l'embarras est le plus grand et jette dans une vive perplexité, c'est lorsque se pose menaçante la question de l'avenir. Ici, en effet, plus de règles fixes, plus de jalons pour vous guider, plus de points de repère qui puissent vous permettre d'affirmer que l'enfant sera à tout jamais indemne d'affection mentale, ou au contraire sera un candidat perpétuel à la folie, que la moindre cause occasionnnelle fera dérailler et sera l'étincelle qui fera éclater l'incendie qui couve sous la cendre. Que d'éléments multiples et divers entrent en jeu dans la solution de la question ainsi posée ! Que de considérations de toutes natures n'y a-t-il pas à examiner, à peser, à juger !

C'est au médecin, au clinicien à se baser sur les faits dont il a été chaque jour témoin pendant la maladie, à s'entourer de tous les renseignements qu'il lui sera possible de recueillir pour établir son pronostic.

Cependant nous signalerons quelques points qui pourront, chez l'enfant, servir à élucider cette question délicate.

Dans un premier groupe on trouve des affections dont les

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris, 1838 t. I, page 31.

suites seront généralement simples, sans aucun retentissement pour l'avenir, malgré la gravité des accidents cérébraux pendant le cours de la maladie (délire traumatique). Dans d'autres cas, au contraire, des accidents cérébraux peu intenses peuvent jeter des germes terribles pour l'avenir (fièvres à formes adynamique, ataxique....)

D'autres affections physiques, congénitales ou acquises, ont une marche plus lente, plus insidieuse, mais dont le résultat n'est pas moins grave.

Sans parler des malformations du crâne qui se traduisent par une diminution ou une augmentation de la capacité crânienne, et dont le résultat est un affaiblissement ou un arrêt de l'intelligence, il faut tenir un grand compte de certaines affections physiques générales qui, par leur retentissement sur l'organisme, jettent un trouble profond dans les fonctions psychiques.

Ici, plus de ces délires qui éclatent au cours d'une affection aiguë : non ; l'enfant n'est pas ce qu'on appelle malade : sa santé est délicate, il est faible de constitution, un rien l'abat, le fatigue. Si, dans ces conditions mauvaises, l'enfant se livre à des excès (onanisme principalement) on verra l'intelligence s'affaiblir, les notions acquises devenir de moins en moins nettes et l'individu tomber dans un de ces états qui simulent l'imbécillité, l'idiotie, la démence. Dans ces cas, évidemment, le pronostic doit être très réservé. Il dépendra, en effet, du succès du traitement institué, du résultat obtenu : que les mauvaises habitudes cessent, que la santé revienne, l'hébétude disparaîtra et rien ne viendra déceler l'état fâcheux dans lequel se trouvait le malade.

Le pronostic des accidents, dus à des causes d'ordre général, présente de bien plus grandes difficultés : là, plus encore que dans les cas précédents, il faut tenir un compte considérable du rôle de l'hérédité. Le pronostic ne sera pas le même si le délire survenu à la suite d'une cause fortuite, une impression morale vive, par exemple, se déclare chez un sujet absolument indemne de toute tare héréditaire, ou au contraire chez un sujet né de parents aliénés ou névropathiques. Chez l'un, le pronostic sera presque toujours favorable ; chez l'autre, au contraire, il devra être très réservé.

Mais, sans qu'il y ait délire, sans qu'aucune manifestation

éclatante vienne appeler l'attention sur le jeune enfant, il peut présenter des allures bizarres, étranges, qui mettent en éveil la sollicitude de ceux qui les entourent.

Dans une excellente thèse (1), le Dr Pothier a bien saisi et bien décrit l'état de ces enfants qui tôt ou tard deviendront malades : « Les individus destinés à devenir des aliénés persécutés commencent ordinairement dès l'enfance à présenter des dispositions de caractère spécial. Ils sont sauvages, enclins à rechercher la solitude et l'isolement, sombres et taciturnes, défiants et soupçonneux, vivant à l'écart de leurs camarades, croyant toujours qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule et prêts à chercher querelle pour les plus simples prétextes, commençant déjà à interpréter à leur désavantage les faits les plus insignifiants qui se passent autour d'eux.

Dans la plupart des collèges et des pensions où les enfants se trouvent réunis, on en remarque quelques-uns qui se distinguent des autres par leurs allures bizarres, leur manière d'être, leur caractère triste et peu communicatif.

On peut poser, en principe, qu'un tiers au moins des individus qui deviendront plus tard persécutés présentent les premiers linéaments de ce caractère sombre et défiant dès leur enfance même, avant l'époque de la puberté et d'autres à partir de cette époque. »

Ce tableau n'est point forcé : chacun a été témoin de quelques faits de ce genre : qui, apprenant plus tard qu'un ancien camarade était devenu fou, ne s'est pas écrié « Ca ne m'étonne pas, déjà au collège il était *braque* ! ». Or, ce que Pothier dit pour les persécutés, les mêmes réflexions s'appliquent à tous les autres genres de délire vésanique. Les candidats à la folie portent en eux, dès leurs plus jeunes années, un cachet particulier qui ne trompe pas des yeux exercés.

Lorsqu'il existe un genre héréditaire d'une certaine puissance, rien ne peut arrêter son éclosion : aussi quoi qu'on ait dit sur l'influence de certains moyens propres à modifier la nature, cette influence ne peut être prise en sérieuse considération. Tel est, en particulier, le rôle de l'éducation dans laquelle on a voulu voir un moyen infaillible de

(1) Pothier. Les aliénés persécuteurs. Thèse de Paris 1886.

redressement moral. Mais, au contraire, si une bonne éducation ne peut pas toujours balancer la tare héréditaire, une mauvaise éducation ou pour mieux dire une éducation mal entendue peut être la source et l'origine des désordres mentaux qui éclateront dans l'avenir. Les enfants « que l'on appelle des enfants gâtés, dit, Laçardelle, se trouvent vers l'âge mûr dans des conditions mentales très défavorables à cause de la direction éminemment vicieuse qu'on a donnée aux manifestations nécessaires de l'esprit et du cœur. L'homme habitué pendant sa jeunesse à imposer ses volontés et ses caprices, éprouve des impressions nerveuses plus ou moins vives dès qu'il rencontre un premier obstacle qui l'initie aux réalités de la vie humaine, dont il n'a point jusqu'alors compris les nécessités et les lois. »

L'influence du milieu, des idées religieuses, des événements politiques, des passions, de l'imitation..., etc., ne sont donc en réalité que des causes occasionnelles qui amènent l'explosion d'un délire dont la gravité est généralement très bénigne, pourvu qu'il n'y ait pas chez le sujet frappé, de tare héréditaire.

A quels signes reconnaîtra-t-on un héréditaire ?

Ici, nous retrouvons presque tous les symptômes que nous avons eus à étudier dans le cours de cet ouvrage, caractères et stigmates si merveilleusement étudiés par Morel.

« Parmi ces caractères, les uns sont originels et permanents, les autres accidentels et transitoires.

Les signes permanents sont ceux qu'on remarque dès l'enfance et qui tiennent à la configuration générale physique : malformation et asymétrie crânienne, déviation de la face, strabisme, tics, bégaiement, disposition et implantation vicieuse des dents, déformation de la voûte palatine, des oreilles, aplaties ou déplissées, dégénérescences variées, pieds-bots.. etc., etc.. Mais c'est surtout du côté des organes génitaux que l'on rencontre habituellement des anomalies organiques fréquentes et faciles à constater.

Dans le domaine du caractère, dans l'état de l'intelligence, des sentiments et des penchants, nous retrouvons des caractères très tranchés. C'est ainsi que les facultés intellectuelles sont très inégales ; presque nulles dans un sens, elles

peuvent être très développées dans l'autre, ainsi que nous l'avons déjà signalé précédemment. Des altérations de caractère en font des êtres bizarres, excentriques, irréguliers, indisciplinables et incoercibles.

Ils sont féroces envers les animaux, ne peuvent supporter la vie de famille en commun, n'ont aucun sens moral, se font renvoyer des pensions et des collèges. Ceux-là constituent cette classe d'enfants que nous avons plus spécialement étudiés au chapitre de l'homicide.

Il est facile de préjuger dès lors ce que sera l'avenir d'un enfant sur qui sera suspendue une pareille fatalité. On conçoit toute la gravité que revêtira chez lui le moindre accès.

Sans nous étendre plus longuement sur ce sujet, on peut résumer en quelques mots le pronostic de la folie chez l'enfant.

L'enfant chez qui éclate un accès de délire est-il indemne de toute hérédité ? Pronostic le plus souvent favorable. Est-il au contraire sous le coup de l'hérédité morbide ? Pronostic le plus souvent fâcheux, surtout pour l'avenir.

Telles sont les grandes lignes qui peuvent servir à établir le pronostic. C'est au médecin à se fixer sur diverses notions tirées de ce qu'il observe chaque jour, des renseignements obtenus sur l'état de santé du sujet et de sa famille, qu'il devra s'appuyer sans répondre à la question si délicate de ce que deviendra l'enfant dans un avenir plus ou moins éloigné.

Dr MOREAU (de Tours).

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE

—

LES TOILES D'ARAIGNÉE ENVISAGÉES COMME CAUSE DE TÉTANOS

Étude médico-légale et bactériologique

par les Professeurs Arrigo Tamassia et Fortuna Fratini.

Vers la fin du mois de décembre 1890, une rixe s'élevait entre plusieurs jeunes gens dans une auberge de campagne, sur le territoire de Padoue. L'un d'eux, atteint d'un coup de gourdin à la tête, tombe, perdant le sang en abondance. On s'empresse autour de lui, et l'une des personnes présentes, désireuse d'arrêter l'hémorrhagie, court détacher des toiles d'araignée dans un bâtiment voisin, bas, humide, mal aéré, obscur, et contenant des bœufs et des chevaux ; elle en fait alors une boule dont elle remplit la blessure. Le sang cesse de couler, et le malade peut se rendre à pied à sa maison, située à une faible distance de l'auberge.

Le premier pansement est conservé religieusement pendant vingt heures ; puis le blessé se décide à recourir à un médecin, moins pourtant par vraie souffrance que pour avoir occasion de porter plainte. Enlèvement des toiles d'araignées, lavage de la plaie avec une-solution de sublimé (1/2 pour mille), quelques points de suture, ouate phéniquée, et application d'un bandage. Déclaration à l'autorité d'une plaie contuse du cuir chevelu, guérissable en quinze ou vingt jours, sauf accident imprévu.

Le blessé se reposa les premiers jours pour obéir aux conseils de son médecin, puis, n'éprouvant aucune douleur, reprit ses travaux accoutumés ; mais vers le quatorzième jour de l'événement, il commençait à ressentir, bien que la blessure fût à peu près cicatrisée, des phénomènes étranges ; bientôt apparut la symptomatologie classique du tétanos, et le malade succomba le dixième jour qui suivit

l'apparition des phénomènes morbides et le vingt-quatrième après la rixe de l'auberge.

L'autorité judiciaire chargea le Prof. Tamassia de l'expertise médicale. Autopsie pratiquée 30 heures après la mort : jeune homme de dix-neuf ans d'une robuste constitution, plaie contuse du cuir chevelu partant de la bosse pariétale droite et se dirigeant obliquement vers l'occiput, sur une étendue de huit centimètres ; cicatrisation complète dans les quatre cinquièmes supérieurs, dans le cinquième inférieur lèvres encore rougeâtres, humides, séparées par un peu de pus jaunâtre. La blessure n'intéresse pas le cuir chevelu ; aucune trace de corps étranger, ni fracture du crâne, ni lésion osseuse d'aucune sorte ; rien dans les divers organes.

A la demande du magistrat sur la cause de la mort, l'expert répond que vu le résultat négatif de l'examen cadavérique, il est en droit d'admettre un empoisonnement ou un autre état morbide, n'ayant laissé aucune trace dans les viscères. Puisque les médecins traitants ont constaté les phénomènes du tétanos, on doit voir en lui la cause directe du décès, tout en considérant la plaie comme la porte d'entrée nécessaire de l'infection. A une nouvelle question du magistrat sur la connexion entre le tétanos et la blessure, le Prof. Tamassia explique que, d'après les récentes recherches bactériologiques, le tétanos dit traumatique, n'est qu'une maladie infectieuse, que la porte d'entrée de l'infection ne peut être que la blessure ; les germes proviennent soit du gourdin employé par l'assaillant, soit du terrain sur lequel est tombé le blessé (dans le cas présent, le sol était recouvert d'une épaisse couche de neige),soit beaucoup plus probablement des toiles d'araignée appliquées et maintenues pendant vingt heures sur une plaie récente. Une toile d'araignée imprégnée des germes tétaniques dispersés dans l'atmosphère peut les inoculer, et après une période d'incubation plus ou moins longue éclatent les accidents.

L'affaire portée devant la Cour d'Assises, l'expert expose les plus récents travaux bactériologiques (Nicolaier, Rosenbach, Bonome, Sormani, Tizzoni, Brieger) et proclame la genèse infectieuse du tétanos sans rapport avec la gravité de la blessure.

Le ministère public et la défense admettent ces conclusions, et le jury acquitte l'accusé, basant sa décision tant sur le peu de gravité de la blessure que sur l'excuse de la provocation.

Le procès terminé, les professeurs Tamassia et Fratini reprennent la question au point de vue scientifique, et se proposent de rechercher si les toiles d'araignées, appliquées sur une plaie, peuvent agir comme cause déterminante de l'infection tétanique.

La méthode employée est la suivante : introduction, avec les précautions antiseptiques voulues, de la toile d'araignée dans une pochette pratiquée sous la peau d'un lapin, plaie suturée et recouverte d'une couche de collodion. Le tétanos une fois développé, examen au microscope, soit après la mort, soit du vivant de l'animal, du contenu de la pochette ; si l'on n'y découvre pas le bacille caractéristique du tétanos, on fait une culture anérobique sur l'agar.

Dans la première expérience, rien de spécial les neuf premiers jours ; température entre 39 et 39.6 ; un peu de rougeur locale. Il se développe alors une petite tumeur fluctuante de la grosseur d'une noisette ; le soir, l'animal refuse la nourriture et chancelle sur ses pattes. Le lendemain matin, on le retrouve mort.

Le pus de la pochette, examiné au microscope, présente quelques microcoques, solitaires, deux à deux, ou en groupes, dans le sang coagulé, dans le foie, le rein et la rate, un grand nombre de microcoques de diamètre à peu près double de ceux constatés dans le pus. L'examen des organes internes des trois lapins, qui vivaient avec le sujet de l'expérience, et ont succombé spontanément, donne le même résultat.

Les auteurs en concluent que la cause de la mort de l'animal ne résulte pas de l'introduction de la toile d'araignée, mais d'une septicémie des lapins ; le corps étranger n'a eu comme résultat que le développement d'un petit abcès.

Dans la deuxième expérience, pas de tétanos ; le septième jour après l'opération, apparition d'un petit abcès qui atteint la grosseur d'une noix, et s'ouvre spontanément vers le seizième jour, donnant issue au pus et au corps étranger.

La troisième expérience donne des résultats beaucoup plus positifs. Trois jours après l'opération éclatent les symptômes du tétanos : abduction et extension du membre postérieur gauche correspondant au côté lésé, avec courbure du tronc à concavité dirigée dans la même direction.

Le jour suivant, les phénomènes morbides vont en s'accentuant, et le surlendemain ils se généralisent sous la forme de pleurosthotonos ; vers le soir trismus et alimentation impossible. Les expérimentateurs ouvrent alors la pochette en examinant le contenu au microscope, et font avec le pus des cultures anérobiques sur agar dans une atmosphère d'hydrogène. On referme à nouveau la pochette après l'avoir lavée intérieurement avec une solution de sublimé à deux pour mille, mais en respectant la membrane pyogène. Enfin, quelques gouttes de pus prises sur la toile d'araignée, avec la pointe d'une aiguille de platine stérilisée, sont introduites sous les téguments du flanc droit d'un autre lapin.

A l'examen histologique, le pus imprégnant la toile d'araignée ne présente pas le bacille de Nicolaïer, que l'on rencontre au contraire dans les cultures anérobiques sur l'agar. Quant au lapin en proie au tétanos, les phénomènes continuent à se développer, le pleurosthotonos se changeant en opisthotonos ; abaissement progressif de la température (ainsi qu'on l'observe également chez les lapins à qui on a inoculé le tétanos avec des germes provenant du sol) T. rectale 24°. A l'autopsie, pas de bacille caractéristique.

L'autre lapin, inoculé le 26 mai avec le pus provenant de la toile d'araignée extraite de la plaie de l'animal en proie au tétanos, commence dès le jour suivant à présenter les symptômes du mal, d'abord localisés (abduction et flexion du membre postérieur correspondant à l'incision, incurvation du tronc à concavité tourné du même côté), puis se généralisant sous forme d'opisthotonos. Le lendemain soir, T. 34°, P. 88, R. 40. Mort pendant la nuit. Autopsie négative à tous les points de vue.

Les expérimentateurs font observer à ce propos que malgré l'absence apparente, dans le pus des plaies, des bacilles caractéristiques de Nicolaïer, on a pu obtenir leur développement dans les cultures ; que si l'on rouvre, dans le

cours de la maladie, les poches contenant le bacille, les accidents ne suivent pas moins leur cours, grâce aux produits élaborés par les bacilles et déjà absorbés ; que c'est à ces produits, et non au bacille lui-même, qu'on doit attribuer l'éclosion du tétanos.

Dans une dernière expérience, les phénomènes morbides font leur apparition le troisième jour après l'inoculation abduction et flexion du membre postérieur correspondant à la lésion, etc.). Le même jour, rupture des téguments recouvrant le corps étranger, non loin de la plaie ; la toile d'araignée fait saillie, mais ne peut sortir complètement. Mort le huitième jour ; T. 21° quelques heures avant la mort, 20° au moment même. Dans le pus de la pochette, bacilles de Nicolaïer ; rien dans les divers organes.

Les auteurs formulent en terminant les conclusions suivantes :

« Les germes du tétanos, très abondants dans certains sols, peuvent se déposer avec la poussière sur les toiles d'araignée tendues à terre ou contre les murailles ; et l'application de ces toiles sur des blessures peut déterminer l'infection tétanique.

« Même dépourvues des germes du tétanos, les toiles d'araignée peuvent recueillir d'autres germes pathogènes, spécialement les microcoques pyogènes répandus de toutes parts.

« L'usage populaire d'appliquer sur les blessures, comme hémostatique, des toiles d'araignée, doit être réprouvé en tant que source de graves complications morbides.

« Au point de vue médico-légal, l'invasion du tétanos, consécutive à l'application sur une blessure de toiles d'araignée, constitue un accident imprévu et surajouté, non imputable à la nature de la lésion primitive. »

RENÉ SEMELAIGNE.

SUR QUELQUES POINTS RELATIFS

A L'ÉTIOLOGIE ET A LA SYMPTOMATOLOGIE

DE LA NEURASTHÉNIE

Par le Professeur GRASSET (de Montpellier).

Suite et fin (1).

Je vous ai énuméré, dans la dernière leçon, les différents signes cliniques que Glénard a signalés dans l'entéroptose, et il nous reste maintenant à examiner la question suivante :

Comment faut-il hiérarchiser tous ces symptômes, et quelle est leur pathogénie ? — C'est ce que nous allons discuter aujourd'hui.

Glénard ne veut pas voir le point de départ de la maladie dans le rein mobile (maladie du rein mobile), ni dans la dilatation de l'estomac (maladie de Bouchard).

Par le groupement qu'il fait des symptômes, il montre que ce qui domine d'abord, c'est l'hypotase (diminution de tension) abdominale ; puis l'entérosténose (diminution du calibre de l'intestin) ; et enfin la splanchnoptose (déplacements viscéraux): mobilité du rein, abaissement de l'intestin, dilatation de l'estomac, etc.) .

Tous les symptômes sont compris dans ces trois groupes.

Il arrive alors à un onzième signe, c'est le soulagement qu'éprouvent les malades quand on leur fait l'épreuve de la sangle.

Voici comment il fait cette épreuve : il se place derrière le patient, passe ses bras sous les aisselles de celui-ci, et forme, avec ses mains.une sangle artificielle. Il soutient ainsi les organes abdominaux du malade, qui éprouve un soulagement.

Glénard fait donc jouer à la splanchnoptose le premierrôle pathogénique. Pour lui, le point de départ de tout, c'est la chute des organes abdominaux, d'abord de l'angle droit du côlon, et les différentes ptoses que nous avons énumérées, puis s'ajoutent, comme conséquence, l'entérostérose, et, enfin secondairement, tous les autres symptômes.

D'après cela, la maladie, c'est l'entéroptose et plus spécialement l'entéroptose du coude droit du côlon.

(1) Leçon faite le 15 mai 1891.

Voilà une maladie constituée de toutes pièces et, en apparence, toute différente de la neurasthénie. Elle touche cependant à la neurasthénie gastrique, seulement le premier rôle est attribué à la statique abdominale, au lieu d'être attribué au système nerveux. Nous retrouvons ici les mêmes symptômes que chez les neurasthéniques, seulement ils sont groupés et interprétés d'une façon différente. Les malades que nous considérons comme neurasthéniques, Bouchard les appelle des dilatés et Glénard des entéroptosiques.

La preuve de ce que j'avance, c'est que Glénard ajoute après sa démonstration : « Cette conception vous propose quelque chose de palpable, de tangible si je puis ainsi dire, à la place de cette cause nébuleuse, intangible, qu'on appelle débilité nerveuse ou neurasthénie. »

En somme, que faut-il penser de tout cela ? Faut-il en conclure que l'existence de notre neurasthénie est menacée. Nullement ; la question présente, il est vrai, de très grandes difficultés, c'est là un fait que je vous ai signalé dans ces dernières conférences, et vous aurez certainement l'occasion de vérifier ces différents diagnostics portés sur le même malade par une série de médecins.

Voici quelques propositions qui me paraissent résumer cette importante discussion clinique :

1° Je crois que malgré les tentatives très remarquables de Bouchard et de Glénard, qui ont pour but d'augmenter notre séméiologie, on peut dire que la neurasthénie existe.

Une des meilleures preuves, c'est qu'il y a des neurasthéniques dont le diagnostic est incontestable et qui ne présentent pas les symptômes que Bouchard et Glénard donnent pour trouble initial.

Il y a des malades chez lesquels les troubles du surmenage existent, sans être le moins du monde des dilatés ou des entéroptosiques.

2° Cela ne veut pas dire que les syndromes de Glénard et de Bouchard n'existent pas, mais simplement qu'ils peuvent exister, non plus comme maladie primordiale, mais comme symptômes secondaires et consécutifs.

Des malades peuvent présenter de la dilatation stomacale ou de l'entéroptose, sans être des dilatés primitifs, ou des entéroptosiques primitifs.

3° Les études de ces médecins, même en réduisant la maladie à ce point de vue plus étroit, ont une grande importance et une grande utilité pratique.

4° Dire que ces symptômes de Glénard et de Bouchard ne sont jamais que consécutifs et secondaires serait une autre exagération dans laquelle je ne veux pas tomber. Si la dilatation et son cortège de symptômes, si l'entéroptose et son syndrome, sont le plus souvent secondaires, elles peuvent aussi, l'une comme l'autre, exister au début comme symptôme.

Donc, ces syndromes, qui sont le plus souvent consécutifs, peuvent quelquefois être les premiers phénomènes de la maladie.

5° Comment alors en clinique distinguer tout cela? C'est, en se basant sur deux grandes considérations : l'étiologie et l'étude de l'évolution de la maladie, qu'on arrivera à élucider le problème pathogénique et par suite nosologique, dans chaque cas particulier.

Vous verrez, en effet, des surmenés du système nerveux, chez lesquels l'estomac s'est dilaté plus tard. A côté de cela vous trouverez de gros mangeurs qui se dilatent l'estomac et chez lesquels les symptômes nerveux n'arrivent que consécutivement.

De même, pour la femme qui a accouché trois ou quatre fois de suite, dont le rein tombe, dont la matrice tombe, vous verrez que chez elle les premiers phénomènes ont été les splanchnoptoses et que les phénomènes nerveux n'arrivent que secondairement.

Je voudrais que vous considériez la maladie de la neurasthénie, la maladie de Bouchard et celle de Glénard comme pouvant être, dans certaines circonstances, des maladies ou des syndromes. De même que la fièvre peut être un symptôme banal, commun à plusieurs affections, elle peut aussi, dans certains cas, être le fait principal, comme dans la fièvre typhoïde. De même aussi l'épilepsie névrose et l'épilepsie symptomatique.

6° Enfin, nous devons tenir compte du terrain qui sert à rapprocher ces différents syndromes les uns des autres : ce terrain, trop négligé, c'est l'état général, c'est le fond diathésique, et en particulier l'arthritisme. C'est lui qui joue le plus grand rôle et qu'on retrouve derrière ces syndromes dans une infinité de cas.

Alors, quel que soit le symptôme qui a commencé, les malades sont des arthritiques à manifestations différentes : l'un a surmené son système nerveux et a fait de la neurasthénie ; l'autre a surmené son estomac et l'a dilaté : un troisième a

surmené ses organes abdominaux et a fait de la splanchnoptose.

En envisageant les choses de cette façon, vous n'êtes plus obligés de faire tout découler de l'estomac, notamment ces nodosités qui doivent être considérées comme un autre symptôme de cette asthénie nerveuse.

Ceci m'amène à vous parler de l'*artério-sclérose* que l'arthritisme relie à la neurasthénie. Il y a beaucoup d'artério-scléreux qui sont pris pour des neurasthéniques, car il existe, en effet, une grande analogie entre ces deux affections, dont les symptômes communs sont : les vertiges, la tachycardie, la déchéance générale, la céphalée, etc. ; d'ailleurs, elles sont souvent associées.

Je vous dirai la même chose de l'artério-sclérose : elle peut, suivant les circonstances, être une maladie initiale ou secondaire.

Donc, ces quatre grands syndromes cliniques peuvent être tour à tour considérés comme une maladie initiale ou comme symptômes consécutifs, et l'arthritisme est le fond commun, ou plutôt le lien entre ces symptômes. Ce sera là notre conclusion.

Malgré tout cela, je crois vous avoir démontré le point principal de ma thèse : c'est l'existence de la neurasthénie comme maladie distincte, qu'il faut savoir reconnaître au lit du malade.

Comme *diagnostic différentiel*, j'aurai peu à vous dire, car vous devez vous rappeler l'ensemble des stigmates que je vous ai décrits et groupés.

Cependant je dois ajouter un mot relativement au diagnostic différentiel avec l'*hystérie*, qui est certainement la névrose qui s'en rapproche le plus :

A l'hystérie appartiennent les stigmates que vous connaissez bien : l'anesthésie complète, avec ses caractères, les contractures, les attaques et les zones hystérogènes.

A la neurasthénie : le casque, la douleur, l'amyosthénie, la lassitude du réveil, l'aboulie avec abattement et la dyspepsie atonique.

Dans les cas nets, le diagnostic sera facile parce que ces stigmates sont très gros et très importants. Mais vous rencontrerez des cas, où certains d'entre eux pourront manquer ou bien seront peu accentués, le diagnostic sera alors très délicat et compliqué, surtout s'il s'agit d'un cas où les deux

névroses sont associées, comme dans l'hystéro-neurasthénie de Charcot.

Vous connaissez cette idée des névroses superposées comme pour l'épilepsie et l'hystérie, pour l'hystérie et la chorée de Sydenham et enfin pour l'hystérie et n'importe quelle maladie !

Nous pourrions maintenant étudier les diverses *formes cliniques* de la neurasthénie.

D'après Béard, il y en aurait 7 formes : cérébrasthénie, myélasthénie, la forme gastrique, la forme génitale, la neurasthénie traumatique, l'hémineurasthénie. Pitre ajoute la forme monosymptomatique (un seul symptôme absorbe le tableau et la préoccupation).

Il y a aussi d'autres formes : la forme névralgique, cardiaque, mentale ou psychique.

Bouveret en admet 9 formes différentes : la neurasthénie cérébrospinale, la neurasthénie cérébrale ou cérébrasthénie, la neurasthénie spinale ou myélasthénie, la neurasthénie aiguë, la neurasthénie héréditaire, la neurasthénie féminine, la neurasthénie génitale, l'hystéroneurasthénie, l'hystéroneurasthénie traumatique.

Une chose me choque dans toutes ces classifications : c'est la multiplicité et la variété de base de la classification. Les uns prenant pour base des considérations étiologiques, les autres des considérations cliniques.

Leuillain a agi avec plus de logique en séparant les variétés cliniques et les variétés étiologiques.

Dans les premières il place : la forme cérébro-spinale commune, l'hémineurasthénie, la cérébrasthénie, la myélasthénie, la neurasthénie cérébro-gastrique et cérébro-cardiaque, névrose gastrique et neurasthénie sexuelle de Béard.

Dans les deuxièmes il place : la neurasthénie traumatique, l'hystéroneurasthénie, la neurasthénie héréditaire, la neurasthénie féminine, la neurasthénie mâle.

Je n'ai pas le temps d'insister, mais je trouve un mince profit et un véritable danger à faire trop de classification. Il ne faut pas rompre l'unité en répétant ce qui est arrivé pour l'hystérotraumatisme.

Il vous suffira, quand vous rédigerez un diagnostic, de mettre après « neurasthénie » un mot indiquant le genre de cause et la prédominance symptomatique s'il y en a une ; comme pour l'hystérie.

Le *pronostic* est très variable. La neurasthénie est quelque-

fois aiguë, rapide ; le plus souvent, elle est tenace et dure toute la vie. La notion de cause, et surtout de la persistance de cette cause, a ici une importance capitale.

Il nous reste maintenant à étudier le traitement, c'est ce que nous ferons dans la prochaine leçon.

XI (1).

Dans les leçons précédentes j'ai essayé de vous démontrer l'existence de la neurasthénie comme névrose spéciale.

Je dois consacrer aujourd'hui quelques instants au traitement de cette maladie, que vous ne verrez pas souvent à l'hôpital, mais dont vous observerez fréquemment des exemples dans votre clientèle.

On a proposé tout un système qu'il est bon de connaître dans ses grandes lignes ; c'est le traitement systématique de *Weir-Mitchell*, qui est excellent pour les cas invétérés. Il consiste en une combinaison nouvelle d'agents déjà connus, et qui sont : l'isolement, le repos, le massage, l'électricité et une certaine diététique aboutissant à la suralimentation.

Weir Mitchell conseille l'isolement complet, absolu, hors de la famille. « Séparez, dit-il, la malade de l'entourage moral et matériel qui est devenue partie intégrante de sa vie valétudinaire, et vous aurez amené un changement, non seulement excellent par lui-même, mais encore extrêmement avantageux au point de vue du succès du traitement que vous vous proposez d'appliquer. Faut-il dire que ce premier pas n'est pas essentiel quand la malade, anémique, affaiblie et amaigrie, est tombée dans cet état par des causes bien définies, telle qu'un surcroît de travail ou une dyspepsie prolongée ; j'ai surtout en vue ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives à sang trop clair, pour lesquelles un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait presque dire chérie. Pour ces dernières, il n'est souvent point de succès possible que l'on n'ait arrêté ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, et qu'on n'en ait fini avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car non seulement nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage. Une jeune hystérique, comme le dit Wendels Holmes, dans son

(1) Leçon recueillie et rédigée par Guibert.

style si frappant, est un vampire qui suce le sang des personnes en bonne santé qui l'entourent. J'ajouterai que là où se trouve une jeune hystérique se trouveraient probablement tôt ou tard deux femmes malades. »

Il y a, Messieurs, dans ce passage, une très profonde observation de ces états ; oui, la neurasthénique, dans son milieu habituel, devient un véritable tyran pour son entourage, d'où il faut la tirer ; et au risque de vous attirer des horions, il faut conseiller l'isolement complet en dehors de la famille.

Mais où faut-il pratiquer l'isolement ? Il est difficile en France de bien isoler une neurasthénique. Je reviendrai bientôt sur ce point ; je me contente de vous signaler ce principe du traitement : extraire la malade de la famille, lui prodiguer des soins, lui donner une ou deux garde-malades intelligentes et un médecin.

Le *repos* est le deuxième élément du traitement de Weir-Mitchell. La neurasthénique a besoin d'un repos absolu, car la lassitude est un des symptômes dominants et qui font indication. Jusqu'à ces dernières années, on éreintait ces malades, on les engageait à se secouer, et on eur faisait ainsi plus de mal que de bien. Weir-Mitchell traite les cas très graves par le repos absolu, au lit, sans mouvement aucun, même pour manger. Ce moyen doit être dosé, et lorsque l'amélioration se produit, on peut permettre quelques mouvements. Le repos doit donc être au complet, et il ne s'agit pas seulement du repos physique, mais aussi du repos intellectuel et sensoriel ; c'est en un mot le repos complet de tout le système nerveux que vous devez conseiller.

Le *massage* présente des avantages multiples ; c'est un puissant moyen de parer aux inconvénients du repos absolu qui pourrait laisser la malade s'atrophier ; il constitue en un mot un exercice artificiel excellent. Le massage doit être complet et méthodique ; je ne m'attarderai pas à vous en décrire tous les temps qui peuvent être ainsi énumérés : la friction, la malaxation, la percussion des masses musculaires et la mobilisation des articulations.

L'*électricité* remplit les mêmes indications que le massage ; c'est encore une manière de suppléer aux contractions volontaires des muscles. Weir-Mitchell emploie la faradisation musculaire et la faradisation générale. Cet agent thérapeutique est un tonique d'une extrême puissance.

A tous ces moyens que je viens de vous signaler, vous devez enfin ajouter une *suralimentation* méthodique. Cette

question de diététique a une importance considérable ; vous commencerez par prescrire des aliments à digestion facile ; vous débuterez donc par le régime lacté (un bol de lait toutes les deux heures), auquel vous pourrez progressivement adjoindre les aliments solides que vous désignerez vous-mêmes.

J'aurai fini de vous exposer tout ce grand système de traitement lorsque je vous aurai dit que Weir-Mitchell prescrit très peu ou même pas de médicaments. L'extrait fluide de malt, à la dose de 30 ou 40 grammes, est destiné à faciliter la digestion ; 5 à 10 centigrammes d'extrait aqueux d'aloès combattront efficacement la constipation ; l'usage du fer et du sulfate de strychnine commencé vers la fin du traitement donnerait des forces à votre malade au moment où vous lui permettrez de marcher.

Quant aux calmants (bromures, chloral, morphine), Weir-Mitchell les supprime et les bannit complètement.

Tel est, en quelques mots, le traitement systématique de la neurasthénie.

Je n'hésite pas à reconnaître qu'il est excellent, mais il faut le réserver aux cas absolument graves. Je crois, en effet, qu'il serait excessif d'employer ce traitement sévère aux cas légers ; mais pour ceux-ci on peut, sans l'appliquer dans toute son intégralité, en retenir les éléments. Chacun d'eux est extrêmement utile ; et je me permettrai de signaler un procédé dont Weir-Mitchell n'use guère : je veux parler de l'*hydrothérapie*, qui est un excellent moyen dont vous devez savoir jouer. Je donne ici à ce mot le sens le plus large ; il y a en effet des neurasthéniques qui craignent l'eau froide, aussi je fais rentrer dans le traitement hydrothérapique les bains tièdes, les douches et les immersions chaudes ou froides.

J'accorde à ce traitement une importance capitale, d'autant plus qu'il m'amène à revenir sur un des termes de la méthode de Weir-Mitchell, je veux parler de l'isolement. Tous les neuropathologistes insistent sur l'heureuse influence de l'isolement dans le traitement des grandes névroses ; c'est un fait que tout le monde reconnaît comme vrai, mais tout le monde reconnaît aussi qu'il est difficile de le pratiquer.

Où placer en effet une jeune fille neurasthénique que l'on veut éloigner *complètement* de sa famille ? Nous devrions avoir à notre disposition des maisons de santé pour les névrosés non aliénés comme nous en avons pour les aliénés. Ces maisons faisant complètement défaut, nous nous rabattons sur les établissements d'hydrothérapie, qui sont en général assez

bien organisés pour remplir l'office de maisons de santé. C'est là que les familles doivent conduire leur neurasthénique et l'y abandonner complètement.

Je voudrais vous dire encore quelques mots sur ce traitement, car il peut y avoir d'autres indications à remplir ; je veux parler des bienfaits que vous retirerez de l'usage des eaux minérales.

Il y a incontestablement des eaux utiles aux neurasthéniques légers ou moyens.

C'est d'abord et surtout le groupe considérable des eaux à faible minéralisation qui ont sur le système nerveux une action de sédation et de tonification : *La Malou*, *Néris*, *Ragacz*, *Bigorre*...

J'ai choisi à dessein ces quatre types d'eau qui se ressemblent énormément. Chacune d'elles en effet a une faible minéralisation et possède une température modérée.

La Malou s'adresse surtout aux phénomènes nerveux liés à l'arthritisme (on emploie de préférence les bains de piscine).

Néris convient au nervosisme avec phénomènes d'excitation très marquée (bains extrêmement prolongés).

Ragacz rendra des services aux neurasthéniques arthritiques et goutteux.

Bigorre est calmant lui aussi et possède à son avantage la supériorité d'un climat d'été.

Mais vous n'ignorez pas, Messieurs, que très souvent ces phénomènes nerveux sont entretenus et produits par un fond diathésique, que vous devez combattre; dans ce cas, vous devez vous adresser à des eaux minérales puissantes. Et ici vous aurez à faire la part de deux grands groupes et à bien déterminer leurs indications : les chlorurées sodiques et les eaux sulfureuses.

Salies (de Béarn), *Balaruc*, devront être conseillées au neurasthénique profondément lymphatique et scrofuleux.

Si vous jugez que le fond diathésique est rhumatismal, les eaux sulfureuses, telles que *Uriage*, *Luchon*, seront parfaitement indiquées.

Résumant en quelques mots les notions qui doivent nous guider dans le choix des eaux, je pourrai dire :

Les eaux minérales faibles s'adressent directement à l'état nerveux.

Les eaux minérales fortes s'adressent au fond diathésique qui est derrière les manifestations névrosiques.

Ici doit se placer la question des climats : conseillez à vos

malades un climat tempéré : en hiver, le midi de la France et de préférence les parties s'éloignant un peu du bord de la mer ; en été, le séjour à des altitudes assez grandes ; ajoutez enfin les transitions à ménager dans le changement de ces climats.

Le traitement systématique de *Weir-Mitchell* est excellent, je vous l'ai déjà dit. Cependant je viens de vous signaler une lacune ayant trait à l'hydrothérapie. A côté, se trouve une autre question très importante ayant des indications particulières que ce traitement ne suffit pas à remplir : je veux parler de la question du *régime*.

Dans l'évolution de la neurasthénie, vous le savez, le tube digestif joue un très grand rôle ; et sans vouloir en exagérer l'importance, je pense qu'il est bon d'en traiter les différents troubles :

Ce qui caractérise le tube digestif d'une neurasthénique, c'est l'atonie. Comment la combattre ?

Le premier moyen consiste dans l'emploi des alcalins, qui constituent un stimulant dans la sécrétion gastrique. Dans cet ordre d'idées, vous prescrirez le bicarbonate de soude en nature ou bien l'eau de *Vichy* ou de *Vals* (un demi-verre donné une demi-heure avant chacun des repas), et parmi ces eaux préférez les sources froides à l'émergence comme *Hauterive* et *Saint-Yorre*. Si vous voulez prescrire des alcalins plus légers, les eaux de *Pougues* peuvent vous rendre de véritables services.

Vous trouverez dans le *Montpellier médical* (juin 1891) des articles fort consciencieux attirant l'attention sur l'efficacité des eaux d'*Evian* ; j'aime assez cette eau comme véhicule de lithine (0 gr. 50 de lithine dans une bouteille d'Evian) ; pour que l'effet soit plus complet, donnez cette eau en dehors des repas.

Si les alcalins ne réussissent pas, ayez recours aux acides ; vous savez en effet que les dyspeptiques anémiques sont plutôt hypochlorhydriques que hyperchlorhydriques. Quels acides emploierez-vous ? Dans les cas de dyspepsie gastrique, il vaut mieux s'adresser à l'acide chlorhydrique ; l'acide lactique s'adresse surtout aux troubles de la sécrétion intestinale.

Vous pouvez prescrire 1 gram. d'acide chlorhydrique dans 300 gram. d'eau ; votre malade prendra une cuillerée de ce mélange au milieu de chaque principal repas.

Quant à l'acide lactique, 1 gr. 50 ou 2 gram. par jour dissous

dans l'eau suffisent très souvent pour activer et faciliter la digestion intestinale.

Enfin, n'oubliez pas que vous avez dans l'emploi des *antiseptiques* un excellent adjuvant aux précédents moyens. Toutes les fois, en effet, que vous constatez de la dyspepsie atonique, de la lenteur dans les sécrétions ou dans les mouvements, gastriques ou intestinaux, toutes les fois, en un mot, que vous craignez le séjour trop prolongé dans le tube digestif d'aliments incomplètement digérés, songez bien que les antiseptiques vous rendront de grands services. Comme l'a très bien établi le professeur Bouchard, vous devez parmi eux choisir ceux qui sont insolubles ; vous les connaissez, et ce n'est que pour mémoire que je vous citerai : le *naphtol*, auquel on associe le *salicylate* de bismuth s'il y a une légère tendance à la diarrhée ; le *salol*, que vous pouvez associer au naphtol (3 ou 4 cachets de 0 gr. 25 de chaque dans la journée).

Voilà tout un ensemble de moyens qui vous donneront de bons résultats dans le traitement de la dyspepsie atonique de la neurasthénie.

Mais il faut prendre garde d'oublier que, dans tout traitement des dyspepsies, c'est le régime qui tient la plus grande place ; en présence de ces cas rebelles, souvent le seul salut réside dans le régime, le régime indiqué heure par heure et aliment par aliment.

Jadis, les médecins préconisaient les repas peu copieux et fréquents ; aujourd'hui, tout le monde reconnaît que, si cette diététique convient surtout aux tuberculeux anorexiques (toutes les trois heures, jour et nuit, un œuf à la coque, 50 gram. de viande crue et une tasse de lait), elle échoue souvent, en revanche, dans les cas qui nous occupent. Les dyspeptiques atoniques s'accommodent fort mal des repas répétés et par trop rapprochés ; aussi, vaut-il mieux prescrire : le premier déjeuner à 7 heures 1/2, le déjeuner à 11 heures et le dîner à 7 heures. Une fois ces heures adoptées, il importe beaucoup qu'elles ne soient nullement modifiées et que le malade ne prenne aucune nourriture entre les repas.

Si votre neurasthénique est en même temps dilaté de l'estomac, conseillez le *régime sec*, c'est-à-dire le moins de liquides possible ; supprimez les bouillons trop clairs et les sauces trop aqueuses ; recommandez à votre malade de ne boire que par petites gorgées et jamais dans l'intervalle des repas.

Si au contraire vous ne constatez pas de dilatation stomacale, ne fixez pas la nature du régime sec ; combinez et asso-

ciez les aliments, afin d'établir une certaine variété, et surtout, permettez-moi cette expression, ne bourrez pas votre neurasthénique ; vous pouvez proposer les repas suivants : le matin à 7 heures 1/2, deux œufs à la coque ; à 11 heures et à 7 heures du soir, potage au jus, viande rôtie, légumes verts et dessert. Ne croyez pas qu'il soit inutile de préciser aussi bien les heures et la composition des repas ; faites-le, au contraire, surtout dans l'intérêt de vos malades et aussi dans le vôtre.

Contre la constipation, vous avez à votre disposition tout une gamme de laxatifs. Je citerai d'abord le *cascara sagrada* (0 gr. 25 pour un cachet à prendre au repas), la poudre composée à égales parties de *soufre sublimé*, de *crème de tartre* et de *magnésie calcinée* (0 gr. 20 de chaque pour un cachet), les pilules de Trousseau, légèrement modifiées : *extrait de belladone*, *poudre de belladone* et *podophylin* (1 centigr. de chaque pour une pilule à prendre le soir), etc.

Dans le même ordre d'idées, vous pouvez aussi avoir recours aux eaux purgatives : un verre à bordeaux d'*Hunyadi-Janos* tous les matins, par exemple. Vous pouvez associer l'eau de Vichy et de Janos ou prescrire encore : un litre d'eau de Vichy, dans lequel on ajoute 15 à 20 gram. de sulfate de soude.

Je viens de vous exposer les grandes lignes qui pourraient vous guider. Je crois à peine utile d'ajouter que je n'ai pas la prétention d'avoir prévu toutes les variétés de la maladie ; je veux dire que, suivant les cas, vous aurez des indications différentes à remplir.

J'ai voulu vous démontrer qu'il y a réellement un traitement de la neurasthénie. Si l'on se trouve parfois en présence de cas graves, presque décourageants, entretenus par une cause sur laquelle le médecin ne peut rien (causes morales), il en est d'autres, au contraire, qui sont le triomphe d'une thérapeutique rationnelle, patiente et bien comprise.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Novembre 1891

SALLE ANDRAL (femmes).

N° 24. Judith B. 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

Son état s'améliore et elle continue son traitement.

N° 9. Marie. 19 ans. *Attaques d'hystérie.*

Dans le courant de ce mois, cette malade n'a eu que deux attaques, et elles étaient encore moins fortes que le mois précédent. Le traitement par le transfert lui fait le plus grand bien et évite très souvent l'invasion d'une attaque.

N° 4. Madeleine P., 23 ans. *Attaques d'hystérie.*

Cette jeune fille qui a été soignée par le sommeil hypnotique et la suggestion, va beaucoup mieux. Les attaques ont diminué en nombre et en force. Les quelques-unes qu'elles a eues dans le courant de ce mois ont été très bénignes. Elle va continuer le même traitement.

N° 10. Justine B., 31 ans. *Mouvement choréiforme de la tête et du tronc, état névropathique très intense.*

Cette malade a été soumise dans le courant de ce mois à l'action des doubles couronnes d'aimant.

Sous cette action les mouvements brusques de la tête et du tronc ont diminué ; ils sont moins violents et plus rares. Il y a dans l'état général une amélioration très sensible.

Il est à remarquer qu'elle ne suit aucun autre traitement. Tout ce qu'elle avait fait jusqu'alors n'avait pu arriver à donner un résultat aussi satisfaisant. Elle va donc continuer son traitement.

N° 20. Blanche B., 25 ans. *Hystérie, gastralgie, neurasthénie.*

Cette malade va beaucoup mieux, elle n'a plus d'éblouissement, les douleurs qu'elle ressentait dans le dos sont atténuées. Les crises d'hystérie sont très rares, et elle commence à pouvoir manger des aliments, ce qu'elle n'avait pu faire depuis cinq mois. Le traitement qui avait consisté, le mois précédent, par le sommeil hypnotique provoqué par l'action des miroirs rotatifs a amené de très bons résultats.

Elle passe de bonnes nuits et est en voie de complète guérison. Elle va continuer son traitement.

N° 21. Marie P., 26 ans. Cuisinière. *Neurasthénie, atrophie considérable des muscles interscapulaires.*

Le traitement par l'électricité n'a pas encore amené chez cette

malade un résultat sensible, quoique les idées sont moins tristes. Les digestions ne se font encore que difficilement et elle ne peut supporter que le lait. Elle éprouve toujours de violentes douleurs dans les os des bras et dans la région interscapulaire.

Malades nouvelles.

N° 12. Marie P., 38 ans. Papetière. *Chorée du langage. Paroles prononcées inconsciemment. Mouvement choréiforme du tronc principalement et du membre supérieur.*

Son père est mort apoplectique.
Elle a eu une fièvre typhoïde il y a 9 ans.
Début de la maladie il y a 4 ans, sans causes connues. Pas eu de frayeur. Elle commença par avoir des mouvements involontaires. Sa tête faisait des mouvements brusques, avec défaut d'équilibre analogue à une titubation dans le sens vertical. Elle était obligée de piétiner, s'impatientait. Mouvement des bras et des mains qui sont plutôt d'ensemble.
Pas de trépidation, pas de grimace, pas de tremblement de la parole. Les jambes ont tendance à se rapprocher l'une contre l'autre.
Les forces se sont affaiblies. Maux de tête depuis trois semaines. Pas de points anesthésiques.
Les pupilles sont légèrement dilatées. *Elle a des mouvements involontaires de la parole.* Elle se *plaint de ne pas s'apercevoir de ce qu'elle a dit. Son mari qui s'en aperçoit le lui fait remarquer et elle n'en a aucun souvenir.*
Les règles sont régulières, elle n'a pas eu d'enfant.
La maladie augmente depuis quelque temps.
Jusqu'alors elle n'a fait aucun traitement.
Elle donne au dynanomètre, 25 kilos de pression à droite et 27 kilos de pression à gauche.
Les mouvements de pression se font par saccades.
Son caractère a beaucoup changé.
Elle a des mouvements d'impatience, mais pas de terreur.
On va la soumettre au traitement par l'action des miroirs rotatifs.

N° 19. Joséphine T., 30 ans. Cuisinière. *Vomissements continus depuis trois mois, guéris immédiatement par les transferts.*

Sa mère est bien portante. Son père est mort tuberculeux ainsi que deux de ses sœurs et un de ses frères. Les 2 frères vivants sont tuberculeux.
Depuis son plus jeune âge elle est très nerveuse.
Les six premières années de son enfance, elle les passa au lit sans qu'on puisse essayer de la faire marcher. Les bains simples et la sudation aidèrent à la mettre sur pied, mais son état resta toujours très émotif. Elle pleurait, criait, gesticulait. La moindre chose la faisait pleurer. Il en a été ainsi toute son existence.
Il y a 2 ans, à la suite d'une fausse digestion, elle eut une crise qui débuta par trois grands cris, une chute et la perte de connaissance.
Depuis cette époque, elle a eu assez d'empire sur elle-même pour éviter une attaque.
Elle a des hoquets fréquents, mais pas un serrement de gorge.
Lorsqu'elle est arrivée dans le service le 22 novembre, il y avait près de 3 mois qu'elle souffrait de vomissements continus, ne pou-

vait garder aucun aliment : elle souffrait en outre de l'estomac au point de jeter des cris.

Le lendemain on lui fit faire un transfert avec Béatrice qui prit le mal exactement, et la malade sentit immédiatement un grand soulagement. Depuis ce moment, les vomissements ont complètement cessé.

Il est à remarquer qu'en même temps que le sujet transfert, la malade avait pu être endormie et que la suggestion a eu beaucoup de prise sur elle.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens

Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Le mieux s'accentue toujours, il peut se lever et marcher dans la salle à l'aide d'une canne.

Il ne suit plus aucun traitement et va de mieux en mieux.

Nº 15. M. (Louis), emballeur, 28 ans. *Hystérie, somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire.*

Sa mère est nerveuse.

Son père est mort apoplectique.

Il a une sœur hystérique.

Début de la maladie le 22 juin 1891.

En descendant un escalier avec une caisse de 50 kilos il fit une chute d'un étage. Il ne se fit aucune contusion. Il se releva, mais avec une sensation de peur en même temps qu'il était pris de sueurs froides, et d'un tremblement général, qui dura environ dix minutes. Il se remit au travail.

Trois jours après il éprouva de violentes douleurs dans le ventre, puis il sentit quelque chose qui lui remonta à la gorge. Il eut une commotion générale, tomba et perdit connaissance. La crise dura 5 minutes, et il put se relever. Il était d'une grande faiblesse. Il n'avait plus aucune force ni dans le bras ni dans la main gauche.

Lorsqu'il porte un objet dans la main gauche, il lui arrive fréquemment de le perdre en route sans s'en apercevoir, car il est insensible de la main, ainsi que de la jambe gauche, à la suite d'une arthrite d'origine traumatique qui date de dix ans.

Jusqu'à l'âge de quinze ans, il était sujet à des accès fréquents de somnambulisme au point que l'on était obligé de le garder la nuit.

Un accès lui est revenu cette année au mois de septembre, il s'est trouvé le matin habillé au bas des escaliers de son domicile.

Il a eu depuis le mois de juin 3 crises d'hystérie espacées d'un mois chacune.

La dernière dura à peine 2 minutes.

Malades nouveaux.

Nº 17. M. (Jean), 50 ans. *Hémiplégie droite.*

Début de la maladie il y a 2 ans, qui commença par un mal de tête, localisé du côté droit, et qui dura un an. Dans l'intervalle il s'aperçut que lorsqu'il ouvrait sa main ses doigts se détendaient comme mus par un ressort, puis il sentit son épaule envahie par la paralysie. Il ressentait, en outre de vives douleurs dans tout le côté droit.

Peu à peu celui-ci se paralysa entièrement et au bout de quel-

que temps il fut pris de tremblements, toujours dans le même côté. Sa marche devint difficile. Il était obligé de se reposer à chaque cinq minutes de marche.

Lorsqu'il est assis il souffre beaucoup mais ne tremble pas. Ce n'est que lorsqu'il est debout qu'il se met à trembler.

Dans le début de sa maladie il ne pouvait prendre un verre sans en renverser les 3/4 du contenu.

Il a une douleur constante sous le genou droit et une autre sous le gauche mais moins douloureuse.

Il ressent des douleurs dans les parois abdominales.

La nuit sa jambe gauche se contracture, puis au bout de 10 minutes elle revient à son état normal.

Tout ce qu'il a fait jusqu'à présent n'a amené aucun résultat. Bromure, iodure, pointes de feu, etc.

On va commencer le traitement par l'application des aimants.

Il a le ventre enflé. Il ne peut digérer les aliments. Il ne supporte que le lait. Il est d'une faiblesse extrême.

Le matin il rend des glaires. Il a de fréquents hoquets.

Ses pupilles sont légèrement dilatées.

Il donne au dynamomètre, 28 k^{os} de pression à droite et 30 k^{os} à gauche.

Il a absorbé beaucoup de vin blanc et d'absinthe.

Tout son côté gauche est anesthésique, ainsi que le voile du palais.

On commence le traitement par le sommeil hypnotique et la suggestion.

Dès la 1re séance il subit l'action de l'hypnose.

Malades externes.

Henri W., 51 ans. *Hallucination consciente de l'ouïe.— Action favorable de la couronne électro-magnétique.*

Ce malade continue à aller de mieux en mieux, les voix qu'il entendait, constamment, commencent à disparaître, il ne les entend qu'à des intervalles prolongés, et elles ne sont plus aussi nettes. Il se trouve moins obsédé.

Le traitement consiste par l'application d'une couronne électro-magnétique spéciale. Il continue son traitement.

Eugène F., commandant, 61 ans. *Surmenage intellectuel. — Neurasthénie.*

Ce malade va beaucoup mieux. Les nuits sont meilleures. Il souffre moins de la tête et de l'estomac. Le traitement suivi a été les transferts, les miroirs et la couronne magnétique. Il continue encore pendant quelque temps ce mode de traitement qui lui a si bien réussi.

Joseph B., menuisier, 73 ans.— *Douleurs vives, région maxillaire supérieure droite et dans la région temporale droite d'origine traumatique.* (*Guérison*).

Ce malade après avoir subi pendant quelque temps le traitement par les transferts est parti entièrement guéri. Il n'avait suivi aucun autre traitement dans l'intervalle.

Jean H., 51 ans, peintre en bâtiments. *Paralysie saturnine.* — (Guérison).

Ce malade qui avait encore suivi le traitement pendant la première quinzaine de ce mois est complètement guéri.

TABLE ANALYTIQUE DE L'ORDRE DES MATIÈRES

—

Anatomie pathologique.

Physiologie.

Pathologie nerveuse.

Hygiène et médecine légale.

Chirurgie du cerveau.

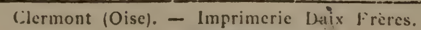
Hypnologie.

Thérapeutique.

Bulletin mensuel de la clinique hypnothérapique de la Charité, service de M. Luys.

Table par ordre alphabétique

—



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.



